UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Determinantes da incapacidade funcional de
idosos da cidade de São Paulo na perspectiva
étnico-racial**

Alexandre da Silva

São Paulo
2017

ALEXANDRE DA SILVA

Determinantes da incapacidade funcional de idosos da cidade de São Paulo na perspectiva étnico-racial

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes

São Paulo
2017

Revisada

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Silva, Alexandre da

Determinantes da incapacidade funcional de idosos da cidade de São Paulo na perspectiva étnico-racial/ Alexandre da Silva; orientador, José Leopoldo Ferreira Antunes. – 2017

79 f. : il.

Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017
Versão original

1. iniquidade social; 2. desigualdade em saúde; 3. raça e saúde; 4. cor; 5. envelhecimento; 6. racismo; 7. incapacidade funcional. I. Antunes, José Leopoldo Ferreira, orient. II. Título.

Nome: SILVA, Alexandre da.
Título: Determinantes da incapacidade funcional de idosos da cidade de São Paulo na perspectiva étnico-racial

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.
Área de concentração: Epidemiologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedico este trabalho

A minha esposa Clélia, que desde o início deste projeto esteve ao meu lado. Nem ela mesmo sabe o tamanho da sua importância na conclusão desta tese. Obrigado pela ajuda nas leituras, indicações de textos, críticas e suporte nas demais áreas das nossas vidas.

As minhas filhas, Eloísa Rosa e Aisha Badu, que esta tese sirva de inspiração para a fase acadêmica de vocês. Esta é uma semente que planto pensando na sombra que dará para vocês futuramente;

A minha mãe, Maria Aparecida, e meu pai, Sérgio, que me ensinaram valores que até hoje guardo. Muito do que escrevi nesta tese foi pensando em vocês;

A minhas avós, Sebastiana e Georgina, as melhores representantes da minha ancestralidade, a fonte de força e de determinação para o enfrentamento dos meus desafios pessoais e profissionais;

A professora Maria Lúcia Lebrão, uma mulher que tive o prazer de conhecer e com quem, por felicidade, muito aprendi. Talvez só agora eu perceba a dimensão da mudança profissional que a senhora causou na minha vida;

A profa. Yeda Duarte, que sempre me ajudou com seus conhecimentos, com a disponibilidade do banco de dados e recursos físicos e humanos para a realização desta pesquisa. A senhora foi sempre uma pessoa que me ajudou a convencer a profa. Maria Lúcia da possibilidade de realizarmos esta pesquisa. Espero que possamos fazer outras pesquisas, demonstrando a importância da temática racial no campo do envelhecimento.

Ao professor Doutor Luís Eduardo Batista, um negro cientista e professor. Uma daquelas pessoas que não se descreve em poucas palavras. Muitíssimo obrigado pelos ensinamentos sobre boa parte do que escrevi aqui, pelas oportunidades que tem me proporcionado, pelo acolhimento nos momentos de dificuldades ou de tensão/medo. Espero homenageá-lo outras tantas vezes ainda nesta minha trajetória de vida;

Ao professor Doutor José Leopoldo Ferreira Antunes, um orientador merecedor de toda a minha admiração e todos os agradecimentos meus. Uma pessoa que, desde o início, antes mesmo de criarmos o vínculo orientador-orientando, sempre me ajudou e estimulou a pesquisar a temática desta tese. Talvez estas palavras possam refletir o quanto aprendo a cada encontro, o quanto me encanto pela epidemiologia e pela bioestatística ao ouvi-lo. Espero que possamos trabalhar juntos em outros momentos acadêmicos.

As minhas amigas “sabidas” Etienne Duim e Carla Nascimento. Em vocês encontrei a amizade e a cumplicidade para elaboração de trabalhos científicos, para as discussões de nossos projetos. Muitíssimo obrigado pelas contribuições dadas a mim.

A Adriana Cezareto, pelas esclarecedoras conversas sobre as temáticas abordadas na tese e pelo companheirismo nesta trajetória acadêmica-militante.

Às pesquisadoras Tereza Rosa, Suzana Kalckmann, Marília Louvison e Tereza Toma. Vocês me ajudaram no meu salto acadêmico que agora se traduz nesta tese. Obrigado, colegas, pelo aprendizado científico. Admiro o quanto são comprometidas com a veracidade e a assertividade na geração de informações pertinentes ao campo da saúde.

Ao professor Jair Lício Ferreira Santos, meu velho novo amigo. Caro professor, muitíssimo obrigado pela cordialidade, esforço, disponibilidade e carinho ao nos ensinar um pouco daquilo que o senhor acumula de experiências e conhecimento. Admiro muito a sua simplicidade e facilidade para ensinar assuntos tão complexos.

Aos muitos amigos que ajudaram sem saber e torceram para a realização desta tese: Artur Oriel, Irineu Cruzn, Diego Elias, Carolina Duarte, Igor Valvassori, Luana Angelo, Paulo Chenquer, Edison Araújo, Rodrigo Faustino, Diego Roger, Maria Cristina Francisco e Vinícius Leati.

Dedico, ainda, a todos os pretos velhos e pretas velhas do Brasil.

Aos idosos que participaram do estudo e a todos aqueles que se interessam por conhecer e resolver os problemas de saúde causados pelas iniquidades e pelo racismo,

Aos funcionários e colegas da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Esta instituição me proporcionou o clima adequado para meu desenvolvimento intelectual,

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP),

O meu muito obrigado.

*A injustiça em qualquer lugar é uma ameaça à
justiça em todos os lugares.*

(Martin Luther King Júnior)

SILVA, Alexandre da. Determinantes da incapacidade funcional de idosos da cidade de São Paulo na perspectiva étnico-racial. São Paulo. Tese [Doutorado em Saúde Pública]. Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2017.

RESUMO

Introdução: No Brasil, a desigualdade social é um problema que precisa de enfrentamento mais efetivo e respeito às particularidades dos diversos grupos sociais. O envelhecimento no município de São Paulo, em uma perspectiva étnico-racial, ainda é pouco conhecido e não se sabe o quanto os determinantes sociais de saúde influenciam desfechos de saúde nessa população. Medir a incapacidade funcional em idosos é um indicador universalmente admitido para se diagnosticar condições de saúde. O presente estudo levanta a hipótese de que há diferenças na prevalência dessa condição entre idosos de diferentes grupos raciais. **Objetivos:** Identificar os fatores determinantes da incapacidade funcional de idosos, considerando a condição raça/cor da pele, e descrever os perfis de incapacidade funcional de idosos de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e modo de vida, na perspectiva étnico-racial. **Método:** Realizou-se um estudo transversal com a coorte de 2010 do Estudo Saúde e Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), considerando três desfechos para a variável dependente incapacidade funcional: déficit de mobilidade funcional, dificuldade nas Atividades Básicas e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (ABVD e AIVD, respectivamente). A variável de análise foi a raça/cor da pele e as variáveis independentes foram as demográficas, socioeconômicas e modo de vida. Para a análise estatística, utilizaram-se o teste qui-quadrado com o fator de correção de Rao-Scott e modelos de regressão de Poisson (para a variável raça cor categorizada em negros e brancos) e regressão logística multinomial (para a variável raça/cor categorizada em pretos, pardos e brancos). A medida de associação escolhida foi a Razão de Prevalência (RP). **Resultados:** Foram considerados 1263 idosos para esta análise: 62% brancos, 30,9% pardos e 7,1% pretos que, após os procedimentos de ponderação passaram a representar a população de 1.244.372 pessoas idosas, dos quais, 771.510 brancos, 384.511 pardos e 88.350 pretos do município de São Paulo. As características demográficas, socioeconômicas e modo de vida mostraram diferenças estatisticamente significantes e piores para pretos e pardos, na

maioria das vezes. Condições como ser do sexo feminino, ter 80 ou mais anos de idade, estar viúvo, não saber ler ou escrever, ter baixa escolaridade (até 4 anos de estudo), não estar trabalhando e nunca convidar pessoas para virem a sua casa ou sair para lugares públicos estiveram estatisticamente associadas ao déficit de mobilidade funcional ou à dificuldade em uma ou mais ABVD ou AIVD. Nos modelos de regressão, ser preto teve maior RP nos desfechos de déficit de mobilidade e dificuldade em duas ou mais AIVD, enquanto a RP foi maior para pardos quando o desfecho foi dificuldade em duas ou mais ABVD. **Discussão:** As diferenças não puderam ser explicadas apenas em função das condições demográficas, socioeconômicas e modo de vida dos diferentes grupos raciais, suscitando que a iniquidade em saúde e o racismo no campo da saúde estiveram presentes nas desigualdades sistemáticas encontradas nos grupos raciais investigados. **Conclusão:** As desigualdades encontradas entre as categorias raciais apontaram para situações sistemáticas de desvantagens para idosos pardos e, principalmente, idosos pretos. Racismo e iniquidade em saúde foram as condições explicativas dessas desigualdades.

Palavras-chave: Iniquidade social; Desigualdade em saúde; Raça e saúde; Cor; Envelhecimento; Racismo; Incapacidade funcional.

SILVA, Alexandre da. Determinants of the functional incapacity of the elderly in the city of São Paulo with perspective on race and ethnicity.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, social inequality is a problem that needs more effective confrontation and respect for the specific characteristics of the different social groups. Aging in the city of São Paulo, from an ethnic-racial perspective, is still little known and it is not known how the social determinants of health influence health outcomes that population. Measuring functional disability in the elderly is a universally accepted indicator for diagnosing health conditions. The present study raises the hypothesis that there are differences in the prevalence of functional disabilities among elderly people of different racial strata. Objectives: To identify the determinants of the functional incapacity of the elderly, considering the race / skin color and to describe the profiles of functional incapacities of the elderly according to covariates on demographic, socioeconomic and way of life conditions, from the ethno-racial perspective and functional disability. Method: A cross-sectional study was carried out using the 2010 cohort of the Health and Welfare and Aging Study (SABE), considering three outcomes for the dependent variable on functional disability: functional mobility deficit, difficulty in Basic Activities and in Instrumental Activities of Daily Living (BADL and IADL, respectively). The variable of analysis was race / skin color and the independent variables were the demographic, socioeconomic and way of life characteristics. For the statistical analysis, the chi-square test with the Rao-Scott correction and Poisson regression models (for the variable race color categorized in blacks and whites) and multinomial logistic regression (for the categorized race / color variable in black, brown/pardos and white). The measure of association chosen was the Prevalence Ratio (PR). Results: A total of 1263 elderly people were considered for this analysis: 62% whites, 30.9% pardos and 7.1% blacks who, after weighting procedures, represented the population of 1,244,372 elderly people, of which 771,510 whites, 384,511 pardos and 88,350 blacks from the city of São Paulo. Demographic, socioeconomic and way of life characteristics showed statistically significant differences and worse for blacks and pardos, most of the time. Being female, 80 or older, widowed, unable to read or write, having low schooling (up to 4 years of schooling), not working and never inviting people

to come to their home or go out to public places were conditions statistically associated with functional mobility deficit or with difficulty in one or more BADL or IADL. In the regression models, being black had greater PR in the mobility deficit and difficulty in 2 or more IADL, whereas PR was higher in brown people when the outcome was difficulty in 2 or more BADL. Discussion: Differences could not be explained solely by the demographic, socioeconomic and lifestyle conditions of the different racial groups, suggesting that health inequity and health racism were present in the systematic inequalities found among the racial groups assessed. Conclusion: The inequalities found among the racial categories pointed to systematic situations of disadvantages for brown elderly and, mainly, for black elderly. Racism and inequity in health were the explanatory conditions of these inequalities.

Key words: Social Inequity; Health Inequalities; Ethnicity and Health; Race or Ethnic Group Distribution; Aging; Racism; Disabled Persons.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo conceitual dos determinantes da equidade em Saúde.	20
Figura 2: Modelo adaptado da conceituação de racismo proposta por Camara Jones.	23
Figura 3: Modelo teórico de Freeman (1993)(Freeman, 1993) de determinação da redução da sobrevivência de um indivíduo.	24
Figura 4: Modelo teórico de compreensão da relação entre saúde e raça (Williams, 1996)	25
Figura 5: Questão A12 do questionário SABE- referente ao autorrelato do idoso quanto à sua raça/cor da pele, em 2000.	36
Figura 6: Questão A12 do questionário SABE- referente ao autorrelato do idoso quanto à sua raça/cor da pele, em 2006.	36
Figura 7: Questão A12 do questionário SABE- referente ao autorrelato do idoso quanto a sua raça/cor da pele, em 2010.	36
Figura 8: Modelo conceitual sobre a influência da raça/cor da pele nas condições de saúde ou de doença no contexto brasileiro*	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características demográficas e socioeconômicas dos idosos do estudo SABE de acordo com a raça, São Paulo, 2010. (N=1263)	41
Tabela 2: Características do modo de vida dos idosos do estudo SABE de acordo com a raça, São Paulo, 2010. (N=1263)	42
Tabela 3: Características demográficas, econômicas e modo de vida dos idosos do estudo SABE, de acordo com a mobilidade funcional (SPPB), São Paulo, 2010. (N=1263)	44
Tabela 4: Prevalência de fatores demográficos, econômicos e modo de vida dos idosos do estudo SABE, de acordo com o déficit de mobilidade (SPPB), São Paulo, 2010. (N=1182)	45
Tabela 5: Características demográficas, econômicas e modo de vida dos idosos do estudo SABE, de acordo com a dificuldade na realização das atividades básicas de vida diária (ABVD), São Paulo, 2010. (N=1263)	46
Tabela 6: Prevalência de fatores demográficos, econômicos e modo de vida dos idosos do estudo SABE, de acordo com a dificuldade nas atividades básicas de vida diária (ABVD), São Paulo, 2010. (N=1262)	47
Tabela 7: Características demográficas, econômicas e modo de vida dos idosos do estudo SABE de acordo com a dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), São Paulo, 2010. (N=1263)	48
Tabela 8: Prevalência de fatores demográficos, econômicos e modo de vida dos idosos do estudo SABE, de acordo com a dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), São Paulo, 2010. (N=1262)	49
Tabela 9: Razão de prevalência de comprometimento da mobilidade funcional em idosos do estudo SABE, segundo o critério raça/cor da pele, São Paulo, 2010. (n=1263)	51
Tabela 10: Razão de prevalência de atividades básicas de vida diária (ABVD) realizadas com dificuldade por idosos do estudo SABE, segundo o critério raça/cor da pele, São Paulo, 2010. (n=1263)	52
Tabela 11: Razão de prevalência de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) realizadas com dificuldade por idosos do estudo SABE, segundo o critério raça/cor da pele, São Paulo, 2010. (n=1263)	53
Tabela 12: Razão de prevalência de comprometimento da mobilidade funcional em idosos do estudo SABE, segundo o critério raça/cor da pele, São Paulo, 2010. (n=1263)	55
Tabela 13: Razão de prevalência de atividades básicas de vida diária (ABVD) realizadas com dificuldade por idosos do estudo SABE, segundo o critério raça/cor da pele, São Paulo, 2010. (n=1263)	56
Tabela 14: Razão de prevalência de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) realizadas com dificuldade por idosos do estudo SABE, segundo o critério raça/cor da pele, São Paulo, 2010. (n=1263)	57

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
EUA	Estados Unidos da América
FAPESP	Fundo de Amparo à Pesquisa do estado de São Paulo
HEALTH ABC	Health, Aging and Body Composition
HIV/SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
OPAS/OMS	Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde
RP	Razão de Prevalência
SABE	Estudo Saúde e Bem-Estar e Envelhecimento
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	ASPECTOS RACIAIS NA FORMAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA E NO ENVELHECIMENTO	15
1.2	DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E MODELOS CONCEITUAIS	19
1.3	INIQUIDADES, RACISMO E SAÚDE	21
1.4	CAPACIDADE FUNCIONAL	26
1.5	A DISCRIMINAÇÃO POR COR, IDADE, GÊNERO, CLASSE SOCIAL E RENDA	28
1.6	A VARIÁVEL RAÇA/COR E AS CONDIÇÕES RACIAIS EM EPIDEMIOLOGIA	29
2	JUSTIFICATIVA	31
3	HIPÓTESE	32
4	OBJETIVOS	33
4.1	GERAL	33
4.2	ESPECÍFICOS	33
5	MÉTODO	34
5.1	O ESTUDO SAÚDE BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO (SABE)	34
5.2	TIPO DE ESTUDO	34
5.3	AMOSTRA	35
5.4	VARIÁVEIS	35
5.5	A VARIÁVEL RAÇA/COR DA PELE NO ESTUDO SABE	36
5.6	ANÁLISE DOS DADOS	37
5.7	MODELO CONCEITUAL	38
5.8	ASPECTOS ÉTICOS	39
6	RESULTADOS	40
6.1	ESTATÍSTICA DESCRITIVA	40
6.2	SOBRE A INCAPACIDADE FUNCIONAL	42
6.3	MODELOS DE REGRESSÃO	50
7	DISCUSSÃO	58
7.1	INCAPACIDADE FUNCIONAL	61
7.2	CATEGORIA PRETA, PARDA E BRANCA	62
7.3	DO MODELO DE REGRESSÃO	63
7.4	RACISMO	65
7.5	INIQUIDADE EM SAÚDE	66
7.6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	67
7.7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
8	CONCLUSÃO	69
	REFERÊNCIAS	70
	Anexo 1 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	77
	Anexo 2 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	78

1 INTRODUÇÃO

O rio que esquece sua fonte, seca.
(Antigo provérbio Ioruba)

1.1 ASPECTOS RACIAIS NA FORMAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA E NO ENVELHECIMENTO

Para se entender a formação da sociedade brasileira, é necessário revisitar parte de sua história e compreender que a raça ou cor da pele precisam ser entendidas como marcadores sociais importantes e capazes de proporcionar tipos de privilégios e oportunidades para cada grupo social (1) e, conjuntamente ao marcador de classe social, podem elucidar as condições de vida das pessoas negras brasileiras.(2,3) A privação de saúde digna, de trabalho digno, de moradia e de preservação das relações sociais foram importantes para a construção das desigualdades encontradas até os dias de hoje.

A concretização dessas desigualdades, que sempre foram sistemáticas no Brasil, caracteriza situações de iniquidades fundamentadas por diversos fatores sociais, incluindo o racismo e o sexismo.(4) E esse racismo, que é ocultado pela falsa ideia de democracia racial, ganhou intensidade e duração no Brasil quando a teoria de embranquecimento surgiu como um meio rápido e higienista de tornar o país mais claro, com menor influência da cultura africana.(5–7) Desde aquele momento, observou-se no país a concessão de mais privilégios e regalias a pessoas consideradas como da cor branca em detrimento daquelas “classificadas” como pardas e, principalmente, pretas.

A teoria de embranquecimento refere-se à condição desconfortável à qual o Brasil foi submetido quando brancos europeus, pretos escravizados, indígenas e suas mestiçagens passaram a conviver no mesmo espaço e tempo. Usava-se a noção darwinista da sobrevivência do mais apto, naturalizando a ideia de que as condições sociais, econômicas e políticas eram meios de comprovar tal teoria dentro de um modelo econômico capitalista.(7)

Como forma de tornar o país mais “evoluído”, desenvolveu-se o conceito de que cultivar os valores culturais dos brancos seria o melhor caminho. Desde então, os brasileiros, inconscientemente ou não, convivem com essa ideia de que “embranquecer”, ou seja, ficar menos escuro, seja no próprio fenótipo ou nos valores culturais, é o caminho para a ascensão social.

O professor e sociólogo Antonio Sérgio argumenta que, ao se referir à cor de uma pessoa, há também o julgamento de outras características como tipo de cabelo e tamanho do nariz.(8) As estratégias e tratamentos estéticos visam “embranquecer” a pessoa e eliminar traços que a associem à descendência africana. Segundo o pesquisador José Luís Petrucelli, no Brasil houve dois grandes períodos de mestiçagem: no primeiro, indígenas, pretos e brancos (com

maior ocorrência entre esses últimos dois grupos) e, depois, brancos e não brancos (já sob a influência da teoria do embranquecimento). A teoria do embranquecimento encontrou suporte no modelo escravista do Brasil e também na valorização das conquistas dos brancos europeus, assim como na imigração seletiva desses para o Brasil. A imigração teve dois momentos marcantes: no primeiro, vieram os europeus suíços, alemães e nórdicos para depois chegarem os italianos e espanhóis, que eram considerados menos brancos que o primeiro grupo.(6)

No campo da epidemiologia, a escravização de africanos no Brasil trouxe um aumento populacional significativo, porém, quando se analisa exclusivamente a população de escravizados, nota-se que as mortes prematuras e a baixa taxa de nascimento caracterizaram uma taxa de crescimento negativa. Para a condição de vida dos negros à época da escravidão, a privação de laços afetivos fortes, decorrente, inicialmente, da separação de membros de uma mesma tribo ou de um mesmo grupo dialético, foi impactada pela forma com que se deu a dominação dos portugueses no Brasil, afetando diretamente a vida, a saúde e a longevidade dos africanos escravizados aqui trazidos.(1) As relações sociais representam um dos aspectos mais importantes para um bom envelhecimento, o que é um fator recente na vida dos negros brasileiros.

E, ainda, um pouco diferente do que se observa nos dias atuais em relação a diversos grupos sociais que envelhecem e vivem oitenta ou mais anos de forma muito frequente, o envelhecimento da população negra parece ainda não ser, de modo geral, beneficiado pelos avanços da medicalização e uso das tecnologias em saúde, fazendo com que muitas pessoas negras ainda não sejam contempladas com a oportunidade do envelhecer.

Além da efetiva interferência nas relações sociais, violências das mais diversas naturezas, associadas a condições de trabalho desumanas e altas incidências de doenças infecciosas reduziram demasiadamente a expectativa de vida dos negros desde o século XVI.(1,10) O tipo de trabalho executado no período colonial no Brasil deixou cicatrizes que até hoje impactam negativamente a vida dos idosos negros, pois são eles os maiores responsáveis por executar as atividades domésticas com baixo reconhecimento profissional e baixo retorno financeiro. Também a religiosidade existente em território africano foi aqui destruída pelos traficantes e colonizadores portugueses, com destaque para pessoas trazidas de regiões como o Congo, onde até mesmo os líderes foram convertidos para a religião católica.

As resistências desenvolvidas pelos negros escravizados no Brasil custaram muito de suas vidas. Do suicídio pela ingestão de terra e recusa para se alimentar, às mutilações autoinfligidas de membros para atrapalhar a produção de produtos derivados da cana de açúcar; da luta armada contra seus donos, traficantes e capitães do mato, até as fugas individuais e coletivas para a mata, em todos esses momentos, os negros se sacrificaram muito para sua liberdade.(1) Hoje, podemos entender que um pouco das particularidades dos aspectos genéticos da população negra no Brasil é explicado pelo estresse sofrido pelas condições de vida daquela época.

A necessidade do disfarce ou a tolerância forçada diante de situações que eram contra os valores, a moral e as condições físicas dos negros escravizados, possivelmente, trouxeram respostas fisiológicas incomuns ou pouco frequentes para um ser humano.(11) Essa situação explica em parte a alta ocorrência de hipertensão arterial e diabetes em pessoas negras nos dias de hoje.(12)

O Brasil é o país que mais importou africanos durante o período do tráfico negreiro. Essas pessoas vinham de regiões como Senegal, Angola, Congo, Costa da Mina e Golfo de Benin. Estima-se que dos 8 a 11 milhões de africanos comercializados, vieram para o Brasil 4,9 milhões, aproximadamente. E muitos morriam ainda no trajeto do continente africano para o Brasil por superlotação, doenças infecciosas, doenças mentais e hipovitaminoses (ingesta insuficiente de vitaminas). Ao longo dos anos, houve discreta melhora das condições de transporte dos escravizados, pois se tratava de bens materiais de grande valor no mercado brasileiro. Ainda visando a preservação do bem, houve a introdução de métodos de higiene, banho de sol regular e prática de exercícios durante o trajeto oceânico.(1)

Os efeitos da escravidão, principalmente os econômicos, perduraram mesmo com o fim dela. A condição de vida e as condições de trabalho dos então ex-escravizados ainda os mantinham sob o domínio ou a servidão eterna, com laços de dependência que os conservavam ligados a seus ex-senhores, uma vez que aos negros não foi permitido o acúmulo de bens ou de terras.(1) Se até o final do século XIX a condição de vida dos negros ainda beirava a mais insalubre e injusta no Brasil, as desigualdades raciais ainda puderam aumentar um pouco mais nos dias de hoje. A não experiência de envelhecer é uma situação histórica para o negro em terras brasileiras. Na época da escravidão, um cativo de 40 anos já era considerado velho e já vivia os desprestígios na sociedade, especialmente se fosse mulher ligada ao trabalho na agricultura e já fosse residente no Brasil há algum tempo.

Há muitos anos o crescimento da população idosa deixou de ser um evento exclusivo dos países com as melhores condições de vida e de saúde. O Brasil poderá ser, em 2020, o sexto país com a maior quantidade de idosos no mundo.(13) Entretanto, a desigualdade social e a pobreza de boa parte da população tornaram o envelhecimento dos brasileiros um processo delicado (14), pois a população encontra-se segmentada em grupos sociais que possuem vantagens e acessos a bens e serviços diferentes uns dos outros.(15) Isso pode ser parcialmente explicado pela constituição da população brasileira que, histórica e socialmente, foi construída sobre um modelo escravagista, capitalista e de imigração europeia e, mesmo fazendo da diversidade cultural e de valores uma de suas características mais peculiares, são evidentes as marcas das desigualdades sociais e econômicas que, historicamente, servem de base para o estabelecimento de uma sociedade desigual em termos de direitos, deveres, oportunidades e privilégios.

No Brasil, as condições de vida e de saúde dos idosos têm sido estudadas a partir de grandes projetos e inquéritos populacionais que geram inúmeras publicações, mas que muito pouco exploraram a temática racial assente nos

principais desfechos em saúde, como a incapacidade funcional, fragilidade, mortalidade e qualidade de vida.(16–21)

A noção de raça data do século XIX e foi baseada na hipótese da existência de uma diversidade biológica inscrita nos corpos.(6) O critério de raça/cor foi adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em levantamentos realizados em 1872, 1940, 1960, 1980, 1991, 2000 e 2010.(22) Na cidade de São Paulo, a preocupação em disseminar e entender o quesito cor (ou raça) como um importante indicador socioeconômico ocorreu em 1992, no relatório produzido pela Secretaria Municipal de Saúde que objetivou facilitar o entendimento da associação dessa característica na ocorrência de doenças como Diabetes, Hipertensão e Mioma uterino, fazendo de São Paulo a primeira cidade brasileira com condições de gerar estatísticas estratificadas pelo critério racial.(23) E, desde o início, já se percebe o uso de uma informação que se refere a uma característica biológica (cor da pele ou raça – termos que, por si sós, já são redundantes) usada como um indicador social, demonstrando a dificuldade que há em se analisar separadamente aspectos biológicos (raça) e sociais (etnias).

A autodeclaração é uma das formas mais recomendadas no Brasil para se definir o pertencimento de um indivíduo dentro das cinco categorias estabelecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): preta, parda, branca, amarela e indígena.(24) Em relação à distribuição de idosos na população brasileira e em grandes cidades como São Paulo, considerando a raça/cor da pele, diversos estudos já apontaram para a pequena porcentagem de idosos que se autodeclaram pretos.(6,23) No Brasil, padronizou-se denominar de negros as pessoas que se autodeclaram ou que são classificadas como pretas ou pardas.(1,5,24) No campo da epidemiologia, essa condição se justifica em razão do baixo percentual de pretos que, em situações de análises estatísticas, pode limitar a geração de informações adequadas e cria, ao mesmo tempo, a dificuldade na visualização das diferenças na intensidade e na forma de ocorrência dos fatores de riscos associados aos desfechos de saúde nesses dois grupos sociais (pretos e pardos). A criação do termo raça como forma de classificação passou a existir no Brasil a partir do censo de 1991, com a inclusão da categoria indígena e não pela existência de pretos e pardos na população.(24)

No século XX, após a difusão do pensamento pós-darwinismo, que trata da evolução dos seres humanos, é que se procurou erradicar do discurso científico o termo raça.(6) Entretanto, valores sociais e morais sobre raças já haviam sido criados e mantinham suas repercussões em grupos sociais. Uma vez que a marca da pele ainda persiste,(7,24) mesmo com as comprovações genéticas quanto às semelhanças entre todos os grupos sociais, as noções de raça ainda permeiam algumas práticas e saberes existentes até nos dias de hoje(25).

1.2 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E MODELOS CONCEITUAIS

Desde a década de 1970, estudos evidenciaram que determinantes sociais de saúde, como classe social, ocupação profissional, renda, escolaridade, região de moradia, acesso a bens e serviços determinam o processo de saúde, doença, cuidados e morte.(26,27) Essa condição ainda permanece para explicar os fatores determinantes de mortalidade, morbidade e incapacidade funcional em idosos.(27,28) Não possuir bens, pouca ou nenhuma poupança, pensão ou pagamento de seguro social torna homens e mulheres mais vulneráveis socialmente, e esse pode ser um cenário comum para idosos pretos e pardos.(29) Segundo os pesquisadores Paulo Buss e Alberto Pelegrino, há fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e de seus fatores de risco na população. Além disso, dizem os autores, a exclusão social, o preconceito e a discriminação também são fatores responsáveis pelas iniquidades em saúde.(26)

No Brasil é muito difícil separar as condições de desigualdades socioeconômicas dos aspectos étnicos e raciais, pois é essa combinação que determina a forma de viver da maioria da população.(30) E uma das características da maior parte dos usuários do sistema público de saúde brasileiro é ser negro e pobre, demonstrando o quanto as condições socioeconômicas se misturam com o critério racial, refletindo a forma de viver de um grupo de indivíduos de uma determinada região.(30) Dados atuais apontam que mais da metade da população brasileira foi considerada negra e que 65% dos pobres são negros que vivem em condições de trabalho mais desfavoráveis se comparados aos não-negros.(31)

No estado de São Paulo, quase um quarto da população (24,7%) das pessoas se autodeclararam negras.(6) E a cidade de São Paulo é uma das regiões brasileiras com a maior quantidade de negros, com uma distribuição percentual um pouco superior a 30% que, na maior parte, residem nas regiões periféricas da cidade, evidenciando um histórico de vida desfavorável, o que pode repercutir negativamente nas condições de saúde desde a infância dessas pessoas.(32) Batista e colaboradores, em 2005, ao estudarem o perfil da mortalidade ocorrida entre os anos de 1999 e 2001, no estado de São Paulo, a partir do critério racial, concluíram que o perfil da morte de pretos, pardos e brancos não era definido pela “cor da pele” e sim pelas condições socioeconômicas apresentadas.(30)

Fatores socioeconômicos também têm sido alvo de interesse em diversos estudos nacionais sobre idosos.(15,16,18,33) Na literatura internacional já se observaram informações apontando para a influência desses fatores na condição de saúde de idosos homens e mulheres, de acordo com suas características raciais ou étnicas.(34) No Brasil, pesquisas já demonstraram a relação entre envelhecimento, incapacidade funcional e fatores socioeconômicos,(35) ainda que nem sempre investigando todas as atividades

de vida diária (AVD)(15), mas permitindo novos questionamentos e novas pesquisas nesse campo da saúde.

Assim, raça/cor pode ser definida como um importante marcador resumo da desigualdade social. Para Barbosa, é essa dualidade raça e classe social, alicerçada nas questões econômicas, o principal determinante das piores condições de vida e de saúde dos negros e o que determina a sensação de não pertencimento desses em espaços coletivos de não predomínio da população negra.(36) Inadequações quanto à condição de vida, suporte social, empregabilidade, acesso à alimentação, estilo de vida e acesso aos serviços de saúde estão fortemente associados à baixa renda, repercutindo diretamente na insuficiência de acesso aos métodos de detecção e diagnóstico das doenças e tratamentos.(37)

A Organização Mundial de Saúde, no ano de 2005, definiu um modelo de determinação social da equidade em saúde no qual criou-se dois blocos de fatores relacionados à presença ou não da equidade em saúde. Um primeiro bloco chamado de determinantes estruturais da equidade e outro de determinantes intermediários (Figura 1). Destacam-se nesse modelo a posição socioeconômica, a escolaridade, a ocupação, a renda, o sexismo e o racismo, todos impactando na equidade na saúde e no bem-estar.(38)

Figura 1: Modelo conceitual dos determinantes da equidade em Saúde.

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice) Geneva: WHO Document Production Services; 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Adaptado.

1.3 INIQUIDADES, RACISMO E SAÚDE

As desigualdades sociais presentes em uma sociedade, quando ocorrem de forma sistemática ou construída ao longo da história, trazem prejuízos para grupos sociais menos favorecidos. E essa desigualdade é reforçada pela própria condição de vida dos sujeitos desses grupos. No envelhecimento, ser pobre, ter pouca escolaridade, morar distante dos grandes centros e possuir ocupações profissionais de baixa remuneração associam-se ao fato de ser velho. Ser velho, no sistema econômico vigente e no momento histórico e político atual, não traz vantagens ou oportunidades para esse grupo. Assim, a condição de saúde dessas pessoas pode estar comprometida pela falta de equidade.

Entende-se por equidade:

[...] 1-reconhecimento de que os direitos são iguais para todos, expresso em julgamento, ação, atitude etc. (equivalência, igualdade); 2- característica de quem ou do que revela senso de justiça, imparcialidade (isenção, neutralidade); 3- lisura, correção no modo de agir ou opinar (honestidade, integridade).(39)

Na área da saúde, a equidade refere-se à redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas, que necessitam de políticas públicas e intervenções adequadas.(40) A Sociedade Internacional para a Equidade em Saúde definiu equidade como:

[...] a ausência de diferenças sistemáticas potencialmente curáveis em um ou mais aspectos da saúde em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente.(41)

A falta de equidade, definida como iniquidade, na população brasileira traz desvantagens sociais preocupantes para as pessoas pretas e pardas no campo da saúde. Margareth Whitehead define iniquidade como a condição de diferenças que, além de evitáveis, são injustas.(42,43) No relatório publicado em 2013 pelo IBGE, mais da metade dos entrevistados (53,9%) admitiu que a cor ou raça influenciou na qualidade do atendimento de saúde que receberam.(6) Para Batista e colaboradores, a iniquidade em saúde pode ter como causa situações adversas, como o racismo, e, como produto final, o prejuízo na qualidade do cuidado e da assistência prestados às pessoas e no aumento de problemas de saúde evitáveis.(44) A falta de equidade cria também para determinados segmentos populacionais um acesso desigual aos recursos tecnológicos de cura e prevenção das doenças,(45) ainda que a equidade seja um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).(46)

Esse cenário de falta de equidade no sistema de saúde brasileiro pode trazer a sensação de injustiça e, conseqüentemente, a geração de sentimento de revolta ou de introspecção, diminuindo a resistência dos idosos negros diante da provável diferenciação existente no atendimento nos diversos serviços de

saúde oferecidos pelo SUS ou na saúde suplementar em relação a eles. São recentes as iniciativas governamentais para a criação, implantação e difusão de políticas de saúde pública direcionadas para a população negra, cujo objetivo tem sido a redução das iniquidades na área da saúde.(44)

Uma das causas das iniquidades é a prática do racismo em diversos campos da nossa vida, inclusive na saúde. Segundo a médica e pesquisadora Dra. Jurema Werneck, o racismo se define como:

[...] uma ideologia que se realiza nas relações entre pessoas e grupos, no desenho e desenvolvimento das políticas públicas, nas estruturas de governos e nas formas de organização dos Estados [...] e “[...] deve ser reconhecido também como um sistema, uma vez que se organiza e se desenvolve através de estruturas, políticas, práticas e normas capazes de definir oportunidades e valores para as pessoas e populações, atuando em níveis pessoal, interpessoal e institucional [...] e que participa da cultura, da política e da ética [...](47)

O racismo define oportunidades e valores para pessoas e grupos sociais pois é um sistema que se desenvolve por meio de estruturas políticas, práticas e normas.(47) Como se observa no modelo abaixo (Figura 2), adaptado do artigo de Camara Jones,(48) o racismo opera nos sentimentos, condutas, ações e omissões das pessoas e no uso e acesso a políticas, bens e serviços. O racismo pode ser considerado um fenômeno ideológico causador de desigualdades sistemáticas que leva em consideração aspectos como condições de nascimento de uma pessoa, trajetória familiar, condições de vida, de moradia e de trabalho, história ocupacional e acesso à informação, com repercussões no campo da saúde.(49) Esse racismo no Brasil manifesta-se, individualmente, a partir de tipo de preconceito considerado de marca, no qual importam os traços físicos (o fenótipo) e não a sua origem(24) e também pelas práticas presentes em instituições (racismo institucional). Escolas, empresas e serviços de saúde são locais onde comumente pessoas negras sofrem esses tipos de discriminação.

Figura 2: Modelo adaptado da conceituação de racismo proposta por Camara Jones

Extraído de Camara Jones (2002) e Werneck (2013)(47,48). Adaptado.

Em relação aos modelos conceituais que tratam de raça, racismo e outros determinantes de saúde, a literatura internacional apresenta importantes modelos que permitem visualizar o contexto no qual a saúde é influenciada por aspectos como o racismo, discriminação ou condições históricas de desigualdade social.(11,37) Na pesquisa da autora Maria Inês Barbosa (36) observa-se a apresentação de dois modelos teóricos importantes para se entender de que maneira o racismo pode determinar a condição de sobrevivência de um indivíduo.

No primeiro modelo (Figura 3), que buscou entender a relação entre pobreza, racismo, raça e sobrevida, a pobreza ou renda baixa foi uma condição que fortemente influenciou a cultura que, em países como o Brasil e Estados Unidos da América, também está indiretamente ligada à raça e etnia. Essa condição socioeconômica gerou condições negativas para a sobrevida das pessoas, traduzindo-se em inadequações das condições de vida.

Percebe-se, assim, que há a deterioração e prejuízo na promoção de saúde e estilo de vida dos sujeitos, bem como desvantagens geradas pelas inconveniências ambientais, pouco ou falta de conhecimento e acesso diminuído aos serviços de saúde.

Figura 3: Modelo teórico de Freeman (1993) de determinação da redução da sobrevivência de um indivíduo

Extraído e adaptado de Freeman (1993) (36,37)

O outro modelo explicita que diversos fatores, como os macrosociais – que envolvem populações inteiras — e outras condições históricas causadoras de racismo podem determinar situações desfavoráveis para os indivíduos e, até diretamente, gerar repercussões psicoemocionais negativas para todos os envolvidos (Figura 4). Importante destacar o envolvimento das condições históricas, da ordem política vigente, das condições econômicas e das instituições sociais e culturais. Esses são elementos que, mesmo à distância, modulam os processos psicológicos, fisiológicos e, por conseguinte, as condições de saúde.(11)

Figura 4: Modelo teórico de compreensão da relação entre saúde e raça

Extraído e adaptado de David Williams (1996).(11)

Assim, pode-se dizer que no Brasil a desigualdade social, a pobreza e a fragilidade das instituições tornaram o envelhecimento um processo delicado por envolver nessa condição uma parcela importante da sociedade.(14) Em pesquisa realizada com informações do primeiro trimestre de 1991, na capital de São Paulo, percebeu-se que em regiões periféricas, com menores recursos para moradia e saneamento e maior presença de negros, os diagnósticos de doenças infectocontagiosas ocuparam a segunda colocação, contrapondo-se às doenças do aparelho respiratório que foi o segundo diagnóstico mais frequente na cidade como um todo.(23)

Nos diversos campos de saberes, os achados científicos sobre a população negra e sua condição são abordados a partir da etnia ou da condição raça/cor da pele, assim como ocorre nos diálogos entre países que também investigam essa população. Essa situação pode ser observada em estudos internacionais que, frequentemente, consideram a raça como um indicador indireto de cultura.(37,50) No âmbito das ciências da saúde e, em particular, da biologia e epidemiologia, o termo raça pode ser definido como o conjunto de indivíduos com determinada combinação de características físicas geneticamente condicionadas e transmitidas de geração a geração, enquanto etnia diz respeito aos fatores culturais de um grupo, como afiliação tribal, religião, língua, nacionalidade, valores e tradições que são transmitidos por meio da linguagem e do pensamento.(51)

Na sociedade brasileira, as condições de raça e etnia se misturam na medida em que brancos, indígenas e negros, historicamente, ocuparam espaços sociais diferentes, gerando e reforçando as desigualdades sociais que até hoje são refletidas nos indicadores socioeconômicos: negros e indígenas com piores indicadores de escolaridade, de inserção em postos de trabalho e de acesso a bens e serviços sociais, conduzindo à miséria material, isolamento espacial e restrição da participação política.(44) Outros estudiosos definiram raça com um indicador sociocultural (24) e contemplam aspectos étnicos, além dos genéticos e fenótipos.

E, mais do que entender que há pessoas diferentes umas das outras e que essas diferenças se dão por condições sociais, econômicas, modos de vida e características físicas, o que preocupa e impacta a presença de determinados grupos sociais em áreas como educação, saúde e trabalho é a criação de um padrão de referência de um sujeito ou grupo social e que tudo o que seja diferente passe a ser discriminado, pré-julgado e, em muitas situações, a gerar oportunidades de acesso e uso desiguais.

1.4 CAPACIDADE FUNCIONAL

Capacidade, estado ou desempenho funcional é a condição que uma pessoa tem para desempenhar gestos e atividades da vida cotidiana sem dificuldade. Para alguns estudiosos este é um dos mais importantes indicadores do envelhecimento saudável, ainda que o idoso possua uma ou mais

doenças.(17,35) Qualquer impossibilidade de realização plena desses gestos e atividades cotidianas é caracterizada como incapacidade funcional.(15,18) Frequentemente usa-se o termo Atividades de Vida Diária (AVD) para se referir a essas atividades que, por sua vez, são subdivididas em três categorias, de acordo com a exigência cognitiva, física, psicológica e ambiental para a sua realização. As atividades básicas de vida diária (ABVD) são aquelas que envolvem atividades de autocuidado, como locomoção (atravessar um quarto), vestir-se (envolve o calçar sapatos e meias), banhar-se, comer, mobilização (deitar e levantar da cama) e o uso de vaso sanitário.(52)

A condição para desempenhar atividades cotidianas na comunidade é o que define as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), como realizar compras, manipular medicamentos, administrar as próprias finanças e utilizar meios de transporte.(53) E com o crescimento da população idosa e da qualidade da sua condição de vida já são avaliadas atividades ainda mais complexas e que exigem melhores condições físicas, cognitivas, sociais e psicológicas. Essas são denominadas atividades avançadas de vida diária (AAVD) e permitem que os idosos ainda exerçam papéis sociais culturalmente importantes, como dirigir automóveis, planejar uma viagem e exercer alguma atividade ocupacional.(54)

Há vários instrumentos mundialmente conhecidos e utilizados em inquéritos semelhantes ao do SABE. O Short Physical Performance Test (Teste de desempenho físico) (55), como o nome diz, é um teste de desempenho de capacidades físicas envolvidas na realização de atividades de vida diária (AVD), como força de membros inferiores, equilíbrio e velocidade de marcha. Já as atividades mais elaboradas que essas, comumente praticadas dentro da casa para o autocuidado, principalmente, são denominadas ABVD e costumam ser medidas a partir da subjetividade do indivíduo em realizá-las.(52) E quando se pretende investigar as AVD realizadas e que permitem maior convívio na comunidade, há outros instrumentos validados e sensíveis. Um dos instrumentos subjetivos para a mensuração das AIVD é a Escala de Lawton.(53)

Diversos projetos e inquéritos epidemiológicos apontaram para a importância da incapacidade funcional como indicador de resultado(16,18) ou para a sua incorporação a um modelo teórico de atenção à saúde de idosos.(56) Na cidade de São Paulo, a prevalência de incapacidades funcionais em idosos variou de 19,2% nas ABVD – com maior acometimento para homens com idade igual ou superior a 75 anos –, até 26,5% nas AIVD – dessa vez comprometendo mais as mulheres idosas.(16)

Pesquisas nacionais e internacionais já apontaram para a maior ocorrência de incapacidade funcional nos idosos negros,(25,57) contrariando evidências de pesquisas nacionais cujos resultados apontavam que não ser branco possuía um efeito protetor para a ocorrência dessas incapacidades.(58) Os autores deste último trabalho nacional ressaltaram que tal resultado ocorreu, possivelmente, pela presença de uma sub-amostra de idosos pretos e pardos mais saudáveis que os brancos, e concluíram que idosos pretos e pardos de pior condição de saúde tiveram altas taxas de mortalidade.(58)

1.5 A DISCRIMINAÇÃO POR COR, IDADE, GÊNERO, CLASSE SOCIAL E RENDA

Pode-se afirmar que um idoso brasileiro pode ser discriminado pelo critério etário, pelo gênero, pela classe, pela renda e pela cor. O tornar-se velho costuma ser um processo ou condição em que se associam características de valores negativos e depreciativos. Para Neri (2007), atitudes em relação à velhice são socialmente aprendidas durante toda uma vida, a partir da convivência com pessoas idosas ou a partir da própria velhice, que é um tipo de experiência direta.⁽⁵⁹⁾ Esse preconceito é apresentado e reafirmado cotidianamente na TV, redes sociais, propagandas e outras formas de socialização. O idoso negro é comumente apresentado como aquele que realiza trabalhos braçais, os menos valorizados economicamente e que demandam pouca ou nenhuma escolaridade, como cozinheiras, motoristas, seguranças e porteiros. Ao passo que o idoso branco costuma ser representado como uma pessoa mais bem sucedida socialmente, que possui um ambiente familiar e relações pessoais mais solidificadas, com menos problemas financeiros e que ainda tem possibilidades de vida sexual, dentre outras características que se pode considerar um perfil mais próximo da idealização esperada de uma pessoa que ficou velha de forma bem sucedida.⁽²⁹⁾ Em 1989, a jurista norte-americana Kimberlé Crenshaw chamou a atenção para a interseccionalidade existente em relações de poder que envolviam raça, sexo e classe.⁽²⁾ A interseccionalidade dialoga com outro conceito denominado marcadores (ou indicadores) sociais.⁽³⁾ Assim, marcadores sociais ajudam a compor as diversas possibilidades de interseccionalidade presentes nas sociedades, permitem o reconhecimento de identidades dos grupos sociais e sugerem como as políticas podem ajudar esses grupos. A partir dessas informações, a sociedade passa a conhecer melhor seus grupos sociais, suas características, necessidades e, em se tratando do campo da saúde, a sua forma de adoecer ou de promover saúde.

O idoso sofrer atitudes sociais discriminatórias que depreciam o seu convívio social, certamente, trará impactos negativos ao seu bem-estar e qualidade de vida, pois a introspecção de sentimentos e frustrações poderão influenciar o organismo, causando doenças ou estresse em órgãos ou sistemas fisiológicos, resultando no surgimento de graves incapacidades funcionais,^(11,25,60) e menor expectativa de vida, decorrentes de deterioração de componentes genéticos.⁽²⁵⁾

Atividades ocupacionais podem atuar positivamente na vida do idoso, desde que exercidas de acordo com sua condição de saúde e não exclusivamente para seu sustento financeiro diário. O trabalho e produtividade geram dignidade e renda,⁽⁵⁹⁾ tornando a pessoa que os realiza mais satisfeita e otimista para um bom e salutar convívio social.

As desvantagens acumuladas pelos negros ao longo da sua história são inúmeras e promovem desigualdades em diversas áreas, incluindo a da saúde. Ainda que alguns autores nacionais argumentem que seja possível envelhecer

bem, mesmo na presença de preconceitos,(59) seria mais justo que as condições de vida fossem igualitárias para todos, desde o nascimento até a morte – incluindo o período da velhice. Entretanto, não é isso o que se observa em relação aos brasileiros pretos e pardos, pois desde a infância registra-se entre os negros condições desiguais de acesso e uso de bens e serviços de saúde de qualidade, o que se reflete em piores indicadores de saúde.

Historicamente, as lutas por melhores condições de vida ocorreram mais entre pretos e pardos do que entre os brancos.(1) Já no início da formação da sociedade desta nação, observaram-se diversos tipos de violência contra os negros, não raro fazendo deles vítimas fatais de seus senhores. Hoje, do nascimento até a velhice, registros de violências como causas de mortes ainda ocorrem mais entre pretos e pardos(10,30), sendo de formas e intensidade mais graves quando comparados a casos envolvendo indivíduos brancos. Tratando-se de saúde e possibilidade de cuidados, os negros formam um grupo social de pouco poder político e representatividade em setores cruciais para um bom envelhecimento, tornando ainda mais desigual os direitos e oportunidades destinados a eles.

1.6 A VARIÁVEL RAÇA/COR E AS CONDIÇÕES RACIAIS EM EPIDEMIOLOGIA

Ainda são poucos os estudos brasileiros que abordaram as temáticas raciais e de envelhecimento como variáveis de análise ou dependentes.(33,61) A inclusão de informações relacionadas a raça/cor em registros de óbitos, por exemplo, foi uma resposta às reivindicações do movimento negro brasileiro, como meio de expressar a vulnerabilidade das populações brasileiras pretas e pardas, permitindo identificar os problemas vividos por segmentos específicos, como o de idosas negras.(57,62) Na revisão sistemática publicada em 2012, cujo objetivo foi a revisão e análise do uso das variáveis raça, cor e etnia em pesquisas epidemiológicas de populações brasileiras, publicadas na base *Pubmed* até 2010, os autores não encontraram qualquer referência que discutisse conjuntamente as temáticas raça, cor e envelhecimento. (61) Entretanto, naquele mesmo ano, Silva e colaboradores publicaram um estudo que investigou a ocorrência de quedas em idosos moradores da zona leste de São Paulo, considerando a raça/cor como uma das temáticas centrais do estudo e verificaram maior prevalência de quedas, medo de queda e quase quedas em idosos negros.(63)

As diferentes condições de vida dos diversos grupos sociais estabelecidos a partir do marcador de raça/cor foram sistemática e injustamente criadas ao longo da história e se mantém até os dias de hoje, mesmo na presença de ações afirmativas em campos estratégicos para a promoção de saúde, como educação, assistência social, trabalho e saúde.(11) Um exemplo da injustiça e desigualdade sofridas pelos negros pode ser observado na dificuldade que têm de

reconhecimento e na intolerância religiosa, quando se trata de práticas das religiões de matriz africana.

Para manter sua identidade grupal, muitos negros se viram obrigados a disfarçar suas práticas religiosas e culturais, através, por exemplo, da inclusão de figuras cristãs em seus ritos e da apresentação da capoeira como uma dança.(1)

A preocupação quanto ao uso adequado da variável raça/cor em estudos epidemiológicos e nas políticas públicas tem aumentado muito nos últimos anos e vem sendo expressada por pesquisadores brasileiros.(61,64) É a partir da associação da raça a desfechos desfavoráveis à saúde que se pensará ou entrará em vigor a necessidade de ações para problemas identificados nessa intersecção raça-saúde-doença-cuidado.

Concordando com uma das afirmações do pesquisador Jeronimo Muniz, a raça é um construto social, com significados importantes para a definição de identidades e experiências vividas.(64) Isto pode ser melhor entendido se considerarmos as mudanças decorrentes do significado de termos como “preto”, “preta”, “pardos”, “negras” e “negros” que, ao longo do tempo, já tiveram conotações negativas e que, atualmente, em decorrência do forte ativismo dos movimentos sociais e de políticas afirmativas, passaram a ter menor carga negativa, favorecendo uma maior identificação das pessoas quanto ao seu fenótipo e também quanto a sua etnia.(5, 65) Isto quer dizer que, ao se analisar a variável (ou categoria) raça/cor, é necessário contextualizar historicamente quando que a informação foi coletada, qual era o cenário brasileiro vigente, como estavam a economia e as políticas assistenciais e educativas.

O questionamento a respeito do uso da variável raça/cor da pele na área da epidemiologia, principalmente na metodologia quantitativa, necessita de uma análise cautelosa. As técnicas de manuseio dessa variável nos programas estatísticos são bastante adequadas e, quanto à coleta, é possível um treinamento adequado dos entrevistadores e uma elaboração assertiva para a obtenção da informação. Assim, tecnicamente, não há grandes problemas para o uso dessa variável na maioria dos estudos epidemiológicos que utilizam a metodologia quantitativa. Entretanto, outros aspectos dificultam o uso da informação raça/cor e, conseqüentemente, sua interpretação adequada.

Primeiramente, é preciso que se pense no uso da variável raça/cor de acordo com um modelo teórico conceitual previamente definido pelos pesquisadores. A variável raça/cor, de acordo com o levantamento desta tese, pode assumir uma característica de indicador multidimensional, por definir condições de renda, escolaridade, moradia e desvantagens sociais de uma pessoa, ainda que indiretamente e de forma subjetiva. Considerá-la como um indicador de simples construção, como idade, prática de atividade física e valor de glicemia, pode ser um viés preocupante que um pesquisador possa tomar. Além do modelo conceitual, estudos em epidemiologia precisam definir o construto teórico no qual a variável raça/cor está sendo obtida. A não observação de aspectos como esse pode induzir pesquisadores a defender ações ou políticas sociais sem a ênfase no recorte racial.(64)

2 JUSTIFICATIVA

São poucas as publicações que abordam a população negra idosa. Comumente, a produção científica que trata diretamente de aspectos raciais ou étnicos em saúde aborda grupos específicos, como adultos (mortalidade por causas externas), mulheres e crianças (fatores relacionados à gestação) ou condições específicas de doenças, como anemia falciforme e as cardiovasculares e endocrinológicas. A capacidade funcional, que pode ser mensurada pela realização das AVD, é um dos melhores indicadores do estado de saúde do idoso, e sua relação com os aspectos raciais ainda não foram amplamente estudados no Brasil.(28,66) Particularidades relacionadas aos fatores determinantes da incapacidade funcional poderão ser identificadas e até mostrarem-se diferentes de resultados de pesquisas realizadas em outros países,(67,68) permitindo revelar condições de saúde e socioeconômicas específicas dos idosos negros brasileiros.

O projeto SABE apresenta condições adequadas para se estudar esses assuntos, já tendo sido realizadas duas pesquisas que, de forma direta(57) ou indireta,(58) demonstraram a relação da raça/cor com a incapacidade funcional. Entender os fatores que interferem nesse indicador de saúde, bem como propor ações para aqueles passíveis de modificação do surgimento das incapacidades, são pontos de interesse deste projeto de pesquisa.

Não foram muitas as informações encontradas sobre a saúde de idosos sob a ótica racial nas bases de dados nacionais ou em departamentos nacionais de informações. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra pauta, prioritariamente, em suas necessidades à atenção às crianças, gestantes, HIV/SIDA, hipertensão arterial, diabetes, anemia falciforme e procedimentos anestésicos. Por outro lado, ainda que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa trace diretrizes e estratégias de ações necessárias para o envelhecimento saudável, respeito à autonomia e promoção do exercício da cidadania dos idosos brasileiros, não se enfatizam os diferenciais necessários para lidar com as particularidades de grupos populacionais, desconsiderando a existência da miscigenação das raças e das etnias para a formação de grupos sociais dentro da sociedade brasileira. Assim, esta pesquisa poderá contribuir para novas tomadas de decisão quanto às políticas públicas de saúde, adequada capacitação dos profissionais de saúde e para ações de intersetorialidade.

Espera-se que a redução da ocorrência de incapacidades funcionais possa resultar em idosos mais saudáveis, vivendo mais tempo livres de comprometimentos funcionais, ainda que esse objetivo seja um grande desafio diante das desigualdades sociais que se expressam no acesso desigual de diversos grupos da nossa sociedade aos serviços de saúde.(15)

3 HIPÓTESE

Admitindo-se a existência de desigualdades sociais na população brasileira que influenciam diretamente as condições de vida e de saúde dos idosos, bem como o conhecimento de fatores determinantes da incapacidade funcional daqueles que vivem na comunidade, o presente estudo levanta a hipótese de que há diferenças na prevalência de incapacidades funcionais para a realização de atividades instrumentais e básicas da vida diária, assim como mobilidade funcional, entre os idosos de diferentes grupos raciais. Adicionalmente, este estudo gera a hipótese de que essas diferenças não sejam explicadas apenas em função das condições socioeconômicas dos diferentes grupos raciais. Espera-se que os resultados encontrados permitam identificar e que ajudem a corrigir ou prevenir situações de iniquidades ou de racismo no campo da saúde

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

- Identificar os fatores determinantes da incapacidade funcional de idosos, considerando a condição raça/cor da pele.

4.2 ESPECÍFICOS

- Descrever os perfis de incapacidade funcional de idosos de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e modo de vida, na perspectiva étnico-racial e quanto à incapacidade funcional.

5 MÉTODO

5.1 O ESTUDO SAÚDE BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO (SABE)

O Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), iniciado em 2000, foi um inquérito multicêntrico com objetivo de avaliar as condições de vida e saúde de pessoas idosas de sete centros urbanos da América Latina e Caribe, coordenado e patrocinado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Para o Brasil, foi escolhida a cidade de São Paulo, e para a continuidade do projeto, passou a existir o financiamento e apoio do Fundo de Amparo à Pesquisa do estado de São Paulo (Fapesp).(66)

O SABE possui um questionário composto de onze seções (dados pessoais, avaliação cognitiva, estado de saúde, estado funcional, medicamentos, uso e acesso aos serviços, rede de apoio familiar e social, história laboral e fontes de renda, características de moradia, antropometria, flexibilidade e mobilidade)(16) que foi aplicado, inicialmente, em 2143 idosos de 60 anos e mais. Sua forma de amostragem envolveu dois segmentos: um que determinou a amostra probabilística (n=1658) do estudo e o outro que envolveu idosos de 75 anos e mais (n=575) que residiam próximos aos idosos já selecionados. Todos os domicílios dos idosos selecionados já pertenciam ao cadastro permanente de 72 setores censitários existentes no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública.(16)

Para que essa amostra fosse representativa da cidade de São Paulo, cada questionário teve um peso calculado de acordo com o setor censitário ao qual pertencia, com a observação de que os questionários dos idosos de 75 e mais tiveram um maior peso calculado.(16)

As coletas de dados ocorreram em três momentos: são as coortes denominadas A00 (referentes aos dados coletados dos idosos em 2000), B06 (dados coletados em 2006 e a reposição de novos idosos cujas idades variavam de 60 a 64 anos) e C10 (dados coletados em 2010 e a reposição de novos idosos com idades entre 60 a 64 anos). Os procedimentos de aplicação de questionários, mensuração de sinais e medidas corporais e demais dados relacionados às condições de saúde dos idosos foram obtidos, adequadamente, a partir de treinamento dos entrevistadores, da calibração de instrumentos, validade e qualidade de registro das informações.(66) Os procedimentos operacionais já foram descritos em publicações anteriores.(16,66)

5.2 TIPO DE ESTUDO

Para este trabalho foi realizado um estudo transversal com os idosos participantes da coorte de 2010.

5.3 AMOSTRA

Participaram deste estudo os idosos da coorte 2010 que, ao todo, totalizaram 1345 indivíduos.

5.4 VARIÁVEIS

A variável de interesse do estudo foi “cor da pele auto referida”, classificada em cinco categorias: preta, parda, branca, amarela e indígena, conforme critério definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)(24).

A variável dependente foi incapacidade funcional, definida como a necessidade de ajuda para a realização de uma ou mais atividades instrumentais (AIVD) ou básicas de vida diária (ABVD) ou a partir da medida de desempenho da mobilidade funcional, a partir do Short Physical Performance Battery (SPPB).(55,69,70) Essas ABVD e AIVD estão descritas abaixo:

- Mobilidade funcional: este é um teste de desempenho no qual o indivíduo é avaliado quanto a sua capacidade para se levantar de uma cadeira e sentar-se; para manter-se equilibrado e quanto a sua velocidade de marcha. Cada atividade possui um escore de 0 a 4 pontos, totalizando 12 (doze) pontos, que é a melhor avaliação para um indivíduo;(55)
- Atividades básicas de vida diária (ABVD)(52): locomoção (atravessar um quarto), vestir-se (envolve o calçar sapatos e meias), banhar-se, comer, mobilização (deitar e levantar da cama) e o uso de vaso sanitário;
- Atividades instrumentais de vida diária (AIVD): realizar compras, manipular medicamentos, administrar as próprias finanças, utilizar meios de transporte, preparar refeições, usar o telefone, realizar tarefas domésticas leves e realizar tarefas domésticas pesadas.(53)

Optou-se por abordar os dados em eixos essenciais: sociodemográficos, econômicos e modo de vida. Esses estão descritos abaixo:

Demográficos: sexo; idade (60 a 64; 65 a 69; 70 a 74; 75 a 79; 80 ou mais anos); estado marital (divorciado/viúvo; casado; solteiro); número de filhos vivos (nenhum; 1 ou 2 filhos; 3 ou mais filhos);

Socioeconômicos: considerar a renda suficiente para despesas diárias (sim; não); saber ler e escrever um recado (sim; não); escolaridade (em anos de estudo);

Modo de vida: morar sozinho (sim; não); religião (católica; evangélica; outra/nenhuma); trabalhar atualmente (sim; não); motivos para estar trabalhando (necessidades financeiras; manter ocupação); convidar pessoas para virem até sua casa (sim; não); sair para lugares públicos (sim; não); experimentado pelo menos 5 anos a vida no campo até os 15 anos de vida (sim; não).

5.5 A VARIÁVEL RAÇA/COR DA PELE NO ESTUDO SABE

A variável que trata da raça/ cor da pele de idosos no projeto SABE existe desde 2000 e foi construída de maneiras diferentes nos períodos de coleta de informações:

Figura 5: Questão A12 do questionário SABE - referente ao autorrelato do idoso quanto a sua raça/cor da pele, em 2000

<p>A.12 (PERGUNTA OPCIONAL)</p> <p>Qual destas opções o descreve melhor?</p>	<p>BRANCO (de origem europeia) 1</p> <p>MESTIÇO (combinação de branco e índio) 2</p> <p>MULATO (combinação de branco e negro) 3</p> <p>NEGRO 4</p> <p>INDÍGENA 5</p> <p>ASIÁTICO 6</p> <p>OUTRA 7</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
--	---

Figura 6: Questão A12 do questionário SABE- referente ao autorrelato do idoso quanto a sua raça/cor da pele, em 2006

<p>A.12</p> <p>Qual destas opções o descreve melhor?</p>	<p>BRANCO (de origem europeia) 1</p> <p>PARDOS (combinação de branco e preto) 3</p> <p>PRETO 4</p> <p>INDÍGENA 5</p> <p>AMARELO 6</p> <p>OUTRA 7</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
--	--

A. 27

Figura 7: Questão A12 do questionário SABE- referente ao autorrelato do idoso quanto a sua raça/cor da pele, em 2010

<p>A.12</p> <p>Qual destas opções o descreve melhor?</p>	<p>BRANCO (de origem europeia) 1</p> <p>PARDOS / MULATO / MORENO (combinação de branco e preto) 3</p> <p>PRETO 4</p> <p>INDÍGENA 5</p> <p>AMARELO 6</p> <p>OUTRA 7</p> <p style="text-align: center;"><i>Especifique</i></p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
--	--

A. 26

Para este estudo, foi dada preferência para a estratificação da variável raça/cor da pele em: pretos, pardos e brancos, pois, assim como resultados de estudos realizados no estado de São Paulo e na cidade de Vitória (ES) apontaram diferenças de óbito considerando essas categorias,(30,71) acredita-

se que uma situação semelhante ocorra ao se analisar os idosos do Estudo SABE.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise estatística dos dados, realizaram-se análises bivariadas entre a variável de interesse “raça/cor da pele” e a variável dependente “incapacidade funcional”, ambas em relação às outras variáveis independentes, por meio das tabelas de contingência. Por se tratar de uma amostra complexa, utilizou-se o teste qui-quadrado com correção de Rao-Scott para as análises bivariadas das variáveis qualitativas, o cálculo de média e seu respectivo intervalo de confiança (IC95%) foram utilizados quando a variável independente era quantitativa contínua.

A Razão de Prevalência (RP) foi a medida epidemiológica de associação escolhida, juntamente com os valores percentuais, para expressar as diferenças entre os grupos raciais. A RP foi calculada utilizando-se as frequências obtidas em cada categoria das variáveis independentes (numerador) e os valores médios gerais obtidos em cada categoria das variáveis independentes (denominador).

Quando necessário, a análise considerou a soma dos participantes “pretos” e “pardos”, o que definiu a categoria “negros”.

Na terceira etapa, foram propostos modelos de análise de regressão para se verificar os fatores associados à incapacidade funcional para idosos pretos, pardos e brancos. Para verificar a associação da incapacidade funcional com as variáveis independentes, essas poderiam ser analisadas individualmente ou em blocos (análise hierarquizada), de acordo com o modelo proposto na figura 8. Foi utilizado o modelo de regressão multinomial, considerando as variáveis dependentes dificuldades nas ABVD ou AIVD com três categorias: nenhuma (ABVD ou AIVD) realizada com dificuldade (baseline)/ uma (ABVD ou AIVD) realizada com dificuldade/ duas ou mais (ABVD ou AIVD) realizadas com dificuldade. Para a análise da variável dependente déficit de mobilidade utilizou-se o modelo de regressão de Poisson. A variável de análise foi categorizada de duas formas nos modelos de regressão. No primeiro momento, com três categorias: pretos, pardos e brancos (baseline) e, no segundo momento, a variável raça/cor ficou categorizada em negros e brancos. Todas as análises de regressão tiveram o uso do comando “survey” do programa estatístico Stata versão 11.0 e os resultados obtidos a partir da medida de associação de RP

O modelo teórico possível de ser testado neste projeto, que foi baseado nos modelos já apresentados(11,18,37,60) anteriormente, que segue abaixo (Figura 8).

Para todas as análises foram utilizados os coeficientes de ponderação da amostra, bem como o nível descritivo de 5% ($\alpha=0,05$). O software estatístico utilizado foi o Stata (versão 11.0).

5.7 MODELO CONCEITUAL

Para este trabalho foi pensado um modelo conceitual que pudesse contextualizar as condições vividas no Brasil, dentro da perspectiva racial, ou seja, que o marcador social raça/cor fosse considerado para que as análises estatísticas tivessem seu ponto de partida e as discussões um referencial teórico menos influenciado, exclusivamente, por teorias que sobrepõem os marcadores sociais de classe, renda e escolaridade à raça. Neste modelo conceitual, defendemos que ser preto ou pardo é uma condição social que influenciará no modo de vida, na forma de trabalho, nas condições de saúde e em outras áreas importantes na vida. Assim, desde o nascimento até a morte, incluindo a fase do envelhecimento de um indivíduo ou de um grupo social, a cor da sua pele pode gerar condições de desvantagens, de poucas oportunidades e de tratamentos desiguais seja no campo da saúde ou em áreas intersetoriais, como educação e trabalho. A raça, enquanto construto social, determina grupos sociais que são influenciados diretamente pelas políticas públicas ou, em situações adversas, mesmo que existentes as políticas, não são plenamente respeitadas. Um exemplo desse não cumprimento de políticas é a Lei 10.639/03, que torna obrigatório o ensino da história e cultura de matrizes afro-brasileira e africana como forma ampliar os conhecimentos dos grupos e culturas que influenciaram a formação da sociedade brasileira.(72)

Figura 8: Modelo conceitual sobre a influência da raça/cor da pele nas condições de saúde ou de doença no contexto brasileiro*

* Este modelo conceitual teve como fonte para a sua elaboração a apresentação do prof. Dr. Luís Eduardo Batista realizada no Rio de Janeiro em 2015 no Seminário “Raça, Discriminação e Saúde: Perspectivas Históricas e Contemporâneas.”

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto às considerações éticas, o projeto SABE foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, de acordo com o protocolo de número 2044, em março de 2010 (ver Anexos 1 e 2).

6 RESULTADOS

6.1 ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Do total de 1345 idosos da coorte 2010, 1263 foram considerados para esta análise por terem sido excluídos os amarelos e indígenas. Assim, na presente amostra encontramos 782 (62%) brancos, 387 (30,9%) pardos e 94 (7,1%) pretos que, após os procedimentos de ponderação passaram a representar a população de 1.244.372 pessoas idosas, dos quais, 771.510 brancos, 384.511 pardos e 88.350 pretos do município de São Paulo.

Dentre as características demográficas, socioeconômicas e modo de vida (Tabelas 1 e 2), a maioria mostrou diferenças estatisticamente significantes entre os grupos raciais, com exceção das variáveis sexo ($p=0,40$), morar sozinho ($p=0,72$) e motivo para estar trabalhando ($p=0,63$). Chamou a atenção o fato de que maiores proporções de pardos tenham se concentrado nas faixas etárias entre 60 a 69 anos ($p<0,001$). Em relação ao estado marital, houve maior proporção de solteiros entre os pretos ($p=0,050$). Não possuir filhos vivos em 2010 foi mais frequente para os idosos pretos (10,70%; $p<0,001$), enquanto que os brancos foram os que mais relataram ter 1 ou 2 filhos vivos (40,80%; $p<0,001$). No entanto, quando se analisaram os idosos que tinham três ou mais filhos, verificou-se maior proporção entre os pardos e pretos ($p<0,001$).

Nos aspectos econômicos, houve uma concentração entre os pardos e pretos ($p<0,001$) que responderam não possuir renda suficiente para as despesas diárias, o que dialoga com os dados de escolaridade, pois são os mesmos grupos nos quais foram observadas as maiores proporções de analfabetos ($p<0,001$) e com a menor média de número de anos de escolaridade ($p<0,05$). O tempo médio de escolaridade para pretos (3,90 anos; 3,01-4,79 IC95%) e pardos (4,09 anos; 3,52-4,66 IC95%) foi bem menor se comparado ao de idosos brancos (6,10 anos; 5,49-6,72 IC95%). Também, entre os idosos pretos que foi observada a maior proporção dos que não sabiam ler ou escrever um recado (23,20%; $p<0,001$).

Quanto ao modo de vida, percebeu-se que existe uma diferença entre os grupos raciais no tipo de religião proferida: houve um predomínio da religião evangélica entre os pardos e pretos, e a católica ($p<0,001$) entre os brancos. No que tange à vida social dos idosos, proporções expressivas de pretos responderam, respectivamente, nunca sair para lugares públicos (64,80%; $p=0,005$) e nunca convidar pessoas para virem as suas casas (42,10%; $p=0,018$).

Os idosos pretos (38,60%) e pardos (38,30%) foram os que mais referiram trabalhar à época da realização do inquérito ($p=0,01$), embora a necessidade financeira fosse a mesma nos três grupos ($p=0,63$). Para a questão da vida pregressa em área rural, os idosos pardos foram os que mais responderam ter vivido, pelo menos, cinco anos no campo até os 15 anos de idade ($p=0,02$).

Tabela 1: Características demográficas e socioeconômicas dos idosos do estudo SABE de acordo com a raça, São Paulo, 2010. (N=1263)

Frequência (%)					Razão de prevalência			
Variáveis	Preta	Parda	Branca	Total	Preta	Parda	Branca	valor de p
Demográficas								
Sexo (n=1263)								
Masculino	46,60	39,00	39,20	39,70	1,17	0,98	0,99	0,400
Feminino	53,40	61,00	60,80	60,30	0,89	1,01	1,01	
Idade (faixa etária) (n=1263)								
60 a 64 anos	26,70	42,30	28,20	32,40	0,82	1,31	0,87	<0,001
65 a 69 anos	24,80	27,00	19,10	22,00	1,13	1,23	0,87	
70 a 74 anos	16,60	13,60	20,00	17,80	0,93	0,76	1,12	
75 a 79 anos	15,30	6,60	15,40	12,70	1,20	0,52	1,21	
80 e mais anos	16,60	10,40	17,20	15,10	1,10	0,69	1,14	
Estado marital (n=1247)								
Divorciado/viúvo	43,20	40,70	42,10	41,70	1,04	0,98	1,01	
Casado	47,90	55,60	55,30	54,90	0,87	1,01	1,01	0,050
Solteiro	9,00	3,70	2,70	3,40	2,65	1,09	0,79	
Número de filhos vivos em 2010 (n=1242)								
Nenhum	10,70	3,30	4,20	4,40	2,43	0,75	0,95	<0,001
1 a 2 filhos	29,20	29,30	40,80	36,40	0,80	0,80	1,12	
3 ou mais filhos	60,10	67,40	55,00	59,20	1,01	1,14	0,93	
Condições socioeconômicas								
Possuir renda suficiente para despesas diárias (n=1233)								
Sim	49,70	48,90	61,40	56,70	0,88	0,86	1,08	<0,001
Não	50,30	51,10	38,60	43,30	1,16	1,18	0,89	
Saber ler e escrever um recado (n=1259)								
Sim	76,80	81,10	90,70	86,80	0,88	0,93	1,04	<0,001
Não	23,20	18,90	9,30	13,20	1,76	1,43	0,70	
Escolaridade - em anos (média; IC95%) (n=1245)								
	3,90 (3,01; 4,79)	4,09 (3,52; 4,66)	6,10 (5,49; 6,72)	5,31 (4,77; 5,85)				

SABE: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

Tabela 2: Características do modo de vida dos idosos do estudo SABE de acordo com a raça, São Paulo, 2010. (N=1263)

Frequência (%)					Razão de prevalência			
Variáveis	Preta	Parda	Branca	Total	Preta	Parda	Branca	valor de p
Modo de vida								
Morar sozinho (n=1263)								
Sim	18,90	15,40	15,30	15,60	1,21	0,99	0,98	0,720
Não	81,10	84,60	84,70	84,40	0,96	1,00	1,00	
Religião (n=1256)								
Católica	61,60	59,80	64,80	63,00	0,98	0,95	1,03	0,001
Evangélica	32,90	29,90	20,40	24,20	1,36	1,24	0,84	
Outra ou nenhuma	5,50	10,30	14,80	12,80	0,43	0,80	1,16	
Sair para lugares públicos (n=867)								
Frequentemente De vez em quando/raramente	6,00	12,10	17,60	15,30	0,39	0,79	1,15	0,005
Nunca	29,30	38,10	41,50	39,80	0,74	0,96	1,04	
	64,80	49,80	40,90	44,90	1,44	1,11	0,91	
Convidar pessoas para virem à casa (n=868)								
Frequentemente De vez em quando/raramente	30,20	41,30	40,10	39,70	0,76	1,04	1,01	0,018
Nunca	27,70	35,90	38,90	37,30	0,74	0,96	1,04	
	42,10	22,70	21,00	23,00	1,83	0,99	0,91	
Idoso trabalhar atualmente (n= 1256)								
Sim	38,60	38,30	29,50	32,80	1,18	1,17	0,90	0,010
Não	61,40	61,70	70,50	67,20	0,91	0,92	1,05	
Motivos para estar trabalhando (n=344)								
Necessidades financeiras	65,50	72,50	67,70	69,30	0,95	1,05	0,98	0,630
Manter ocupação	34,50	27,50	32,30	30,70	1,12	0,90	1,05	
Até os 15 anos, viveu no campo por 5 anos ou mais (n=341)								
Sim	44,30	59,30	41,50	49,00	0,90	1,21	0,85	0,020
Não	55,70	40,70	58,50	51,00	1,09	0,80	1,15	

SABE: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

6.2 SOBRE A INCAPACIDADE FUNCIONAL

As condições demográficas, socioeconômicas e modo de vida apresentaram ter associação com a incapacidade funcional observada nos idosos participantes deste estudo. Quando consideramos a incapacidade funcional a partir dos três desfechos: mobilidade funcional e dificuldade em uma ou mais ABVD ou em AIVD, todas em relação às variáveis independentes, quase a metade dessas tiveram o mesmo perfil de resposta. As medidas de RP por ser do sexo feminino, ter 80 ou mais anos de idade, estar viúvo, não saber ler ou

escrever, ter baixa escolaridade (até 4 anos de estudo), não estar trabalhando e nunca convidar pessoas para virem a sua casa ou sair para lugares públicos sempre estiveram estatisticamente associadas ao déficit de mobilidade funcional ou à dificuldade em uma ou mais ABVD ou AIVD.

Para a análise da incapacidade funcional, cabe reforçar que medi-la a partir da mobilidade funcional (desempenho) é diferente de medir ABVD ou AIVD (esta última requer mais habilidades físicas, comportamentais, psicológicas e cognitivas para sua execução). Assim, em relação ao sexo e sua associação com a incapacidade funcional, houve uma tendência ao aumento da RP se considerarmos o déficit na mobilidade (RP=1,43; 1,24-1,64 IC95%), ABVD (1,54; 1,18-2,00 IC95%) e AIVD (1,64; 1,41-1,91 IC95%). Quanto à idade, a dificuldade nas ABVD apresentou maior RP (3,48; 2,49-4,84 IC95%), seguido pela RP no déficit de mobilidade 2,61 (2,21-3,08 IC95%) e AIVD (2,43; 2,09-2,92 IC95%). Quanto ao estado marital, ser viúvo tem uma maior RP para dificuldade nas ABVD (1,82; 1,45-2,28 IC95%), no déficit de mobilidade (1,70; 1,47-1,96 IC95%) e AIVD (1,47; 1,27-1,69 IC95%). Não trabalhar atualmente teve uma RP maior para dificuldade nas ABVD (3,13; 2,11-3,64 IC95%), seguido pelo déficit na mobilidade (2,85; 2,24-3,62 IC95%) e dificuldade nas AIVD (2,46; 1,95-3,09 IC95%).

A incapacidade funcional pareceu comprometer a realização de atividades sociais. Para nunca sair para lugares públicos, a RP na dificuldade nas ABVD foi a maior (2,65; 1,50-4,68 IC95%), seguida pela RP na dificuldade nas AIVD (2,28; 1,59-3,27 IC95%) e no déficit de mobilidade (1,47; 1,20-1,80). Condição semelhante ocorreu quanto a nunca convidar amigos para virem à sua casa, na medida quanto a dificuldade nas ABVD a RP foi maior (2,83; 1,93-4,13 IC95%), nas AIVD (2,05; 1,64-2,55 IC95%) e no déficit de mobilidade (1,93; 1,48-2,51 IC95%). Quanto ao não saber ler ou escrever, a maior RP foi na associação com dificuldade nas ABVD (2,02; 1,56-2,62 IC95%), depois na dificuldade nas AIVD (1,96; 1,68-2,29 IC95%) e déficit na mobilidade (1,85; 1,54-2,22 IC95%). O mesmo fato se deu quanto a baixa escolaridade (0 a 4 anos de estudo): a RP foi maior na associação com déficit na mobilidade (2,20; 1,78-2,70 IC95%), para a dificuldade nas ABVD foi 1,91 (1,38-2,64 IC95%) e nas AIVD de 1,72 (1,40-2,12 IC95%). Todos estes resultados encontram-se nas Tabelas 4, 6 e 8.

Já em relação ao déficit de mobilidade e ter de um a dois filhos e ter uma renda de até R\$ 540,00 observou-se uma RP menor que 1 (0,73; 0,55-0,96 IC95% e 0,76; 0,65-0,90 IC95%, respectivamente), o que equivale a perceber um efeito de proteção para não apresentar o comprometimento na mobilidade funcional (Tabela 4). Um efeito protetor para a dificuldade nas AIVD foi observado na sua associação com outras religiões que não a católica ou evangélica e até mesmo ao não ter religião (0,71; 0,53-0,95 IC95%) (Tabela 8).

Quanto a raça/cor, o déficit na mobilidade funcional foi a única medida que obteve significância estatística quanto a RP com relação à cor preta (1,60; 1,28-1,99 IC95%) (Tabela 4).

A associação com a dificuldade nas ABVD (RP=1,49; 1,16-1,93; IC95%) ou AIVD (RP=1,30; 1,10-1,54 IC95%) foi verificada quando os idosos relataram não possuir renda suficiente para as despesas diárias (Tabela 6).

Tabela 3: Características demográficas, econômicas e modo de vida dos idosos do estudo SABE, de acordo com a mobilidade funcional (SPPB), São Paulo, 2010. (N=1263)

Variáveis	Frequência (%)			valor de p
	Mobilidade funcional		Total	
	(Boa) pontos	≥9 (Ruim) ≤8pontos		
Raça (n=1182)				<0,001
Preta	4,60	11,40	7,20	
Parda	33,70	28,00	31,50	
Branca	61,70	60,60	61,30	
Sexo (n=1182)				<0,001
Masculino	43,90	30,90	38,90	
Feminino	56,10	69,10	61,10	
Idade (faixa etária) (n=1182)				<0,001
60 a 69 anos	65,40	36,70	54,30	
70 a 79 anos	26,50	35,80	30,10	
80 e mais anos	8,10	27,50	15,60	
Estado marital (n=1170)				<0,001
Divorciado/viúvo	34,70	51,50	41,20	
Casado	61,90	44,90	55,30	
Solteiro	3,40	3,60	3,50	
Morar sozinho (n=1182)				0,09
Sim	13,40	17,50	15,00	
Não	86,60	82,50	85,00	
Número de filhos vivos em 2010 (n=1167)				0,04
Nenhum	3,90	5,50	4,50	
1 a 2 filhos	38,10	31,30	35,50	
3 ou mais filhos	58,00	63,20	60,00	
Possuir renda suficiente para despesas diárias (n=1153)				0,10
Sim	58,40	53,40	56,50	
Não	41,60	46,60	43,50	
Renda no último mês (em Reais) (n=1262)				0,001
0-540	47,70	37,30	43,70	
540 ou mais	52,30	62,70	56,30	
Saber ler e escrever um recado (n=1179)				<0,001
Sim	92,10	77,60	86,50	
Não	7,90	22,40	13,50	
Escolaridade (anos) (n=1166)				<0,001
5 ou mais	44,60	19,70	35,00	
0 a 4	55,40	80,30	65,00	
Religião (n=1177)				0,45
Católica	61,70	63,50	62,40	
Evangélica	24,80	25,60	25,10	
Outra ou nenhuma	13,50	10,80	12,50	
Idoso trabalhar atualmente (n= 1176)				<0,001
Sim	42,10	13,70	31,10	
Não	57,90	86,30	68,90	
Convidar pessoas para virem à casa (n=812)				0,002
Frequentemente	44,90	33,10	39,60	
De vez em quando/raramente	36,10	37,90	36,90	
Nunca	19,00	29,00	23,50	
Sair para lugares públicos (n=811)				<0,001
Frequentemente	18,50	9,70	14,50	
De vez em quando/raramente	46,20	30,30	39,00	
Nunca	35,30	60,00	46,50	

SABE: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

Tabela 4: Prevalência de fatores demográficos, econômicos e modo de vida dos idosos do estudo SABE, de acordo com o déficit de mobilidade (SPPB), São Paulo, 2010. (N=1182)

Variáveis	Bruta			valor de p
	RP	IC95%		
Raça/ cor da pele (n=1182)				<0,001
Branca	1,00			
Preta	1,60	1,28	1,99	
Parda	0,90	0,73	1,10	
Sexo (n=1182)				<0,001
Masculino	1,00			
Feminino	1,43	1,24	1,64	
Faixa etária (anos) (n=1182)				<0,001
60-69	1,00			
70-79	1,76	1,45	2,13	
80 e mais	2,61	2,21	3,08	
Estado marital (n=1170)				<0,001
Casado	1,00			
Divorciado/Separado	1,02	0,74	1,42	
Viúvo	1,70	1,47	1,96	
Solteiro	1,26	0,85	1,88	
Morar sozinho (n=1182)				0,08
Não	1,00			
Sim	1,21	0,98	1,49	
Número de filhos (n=1167)				0,04
Nenhum	1,00			
1 a 2 filhos	0,73	0,55	0,96	
3 ou mais filhos	0,87	0,66	1,13	
Possuir renda suficiente para despesas diárias (n=1153)				0,11
Sim	1,00			
Não	1,13	0,97	1,32	
Renda no último mês (em Reais) (n=1182)				0,002
540 ou mais	1,00			
0-540	0,76	0,65	0,90	
Saber ler e escrever (n=1179)				<0,001
Sim	1,00			
Não	1,85	1,54	2,22	
Escolaridade (anos) (n=1166)				<0,001
5 ou mais	1,00			
até 4 anos	2,20	1,78	2,70	
Religião (n=1177)				0,52
Católica	1,00			
Evangélica	1,00	0,84	1,20	
Outra ou nenhuma	0,85	0,64	1,13	
Idoso trabalhar atualmente (n= 1176)				<0,001
Sim	1,00			
Não	2,85	2,24	3,62	
Sair para lugares públicos (n=811)				<0,001
Frequentemente	1,00			
De vez em quando/raramente	1,16	0,87	1,56	
Nunca	1,93	1,48	2,51	
Convidar pessoas para virem à casa (n=812)				0,001
Frequentemente	1,00			
De vez em quando/raramente	1,23	0,99	1,51	
Nunca	1,47	1,20	1,80	

SPPB: Short Physical Performance Test; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; SABE: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

Tabela 5: Características demográficas, econômicas e modo de vida dos idosos do estudo SABE, de acordo com a dificuldade na realização das atividades básicas de vida diária (ABVD), São Paulo, 2010. (N=1263)

Frequência (%)				
Variáveis	Dificuldade nas ABVD		Total	valor de p
	Não (Nenhuma)	Sim (1 ou mais)		
Raça (n=1262)				0,71
Preta	6,80	8,20	7,00	
Parda	30,90	31,50	31,00	
Branca	62,40	60,30	62,00	
Sexo (n=1262)				0,001
Masculino	41,70	29,90	39,70	
Feminino	58,30	70,10	60,30	
Idade (faixa etária) (n=1262)				<0,001
60 a 69 anos	58,50	35,20	54,40	
70 a 79 anos	30,40	30,90	30,50	
80 e mais anos	11,10	33,90	15,10	
Estado marital (n=1247)				0,001
Divorçado/viúvo	39,20	53,50	41,70	
Casado	57,40	42,70	54,90	
Solteiro	3,30	3,80	3,40	
Morar sozinho (n=1262)				0,23
Sim	15,00	18,20	15,60	
Não	85,00	81,80	84,40	
Número de filhos vivos em 2010 (n=1242)				0,53
Nenhum	4,10	5,60	4,40	
1 a 2 filhos	36,90	33,80	36,40	
3 ou mais filhos	58,90	60,60	59,20	
Possuir renda suficiente para despesas diárias (n=1233)				0,002
Sim	58,70	46,70	56,70	
Não	41,30	53,30	43,30	
Renda no último mês (em Reais) (n=1262)				0,76
0-540	56,60	57,80	56,80	
540 ou mais	43,40	42,20	43,20	
Saber ler e escrever um recado (n=1259)				<0,001
Sim	88,90	76,50	86,80	
Não	11,10	23,50	13,20	
Escolaridade (anos) (n=1245)				0,001
5 ou mais	39,30	23,20	36,50	
0 a 4	60,70	76,80	63,50	
Religião (n=1256)				0,16
Católica	63,10	62,40	63,00	
Evangélica	23,50	27,80	24,20	
Outra ou nenhuma	13,40	9,70	12,80	
Idoso trabalhar atualmente (n= 1256)				<0,001
Sim	36,90	13,50	32,80	
Não	63,10	86,50	67,20	
Convidar pessoas para virem à casa (n=868)				<0,001
Frequentemente	43,10	24,10	39,70	
De vez em quando/raramente	37,50	36,50	37,30	
Nunca	19,40	39,40	23,00	
Sair para lugares públicos (n=867)				<0,001
Frequentemente	16,80	8,40	15,30	
De vez em quando/raramente	42,60	26,50	39,80	
Nunca	40,60	65,10	44,90	

*as condições pregressas situação de saúde (p=0,009) e viver na zona rural (p=0,005) foram piores para os pardos; SABE: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

Tabela 6: Prevalência de fatores demográficos, econômicos e modo de vida dos idosos do estudo SABE, de acordo com a dificuldade nas atividades básicas de vida diária (ABVD), São Paulo, 2010. (N=1262)

Variáveis	Bruta RP	IC95%		valor de p
Raça/ cor da pele (n=1262)				0,69
Branca	1,00			
Preta	1,20	0,79	1,82	
Parda	1,04	0,79	1,37	
Sexo (n=1262)				0,002
Masculino	1,00			
Feminino	1,54	1,18	2,00	
Faixa etária (anos)(n=1262)				<0,001
60-69	1,00			
70-79	1,56	1,12	2,18	
80 e mais	3,48	2,49	4,84	
Estado marital (n=1247)				<0,001
Casado	1,00			
Divorciado/Separado	1,11	0,69	1,78	
Viúvo	1,82	1,45	2,28	
Solteiro	1,44	0,71	2,93	
Morar sozinho (n=1262)				0,22
Não	1,00			
Sim	1,21	0,89	1,64	
Número de filhos (n=1242)				0,54
Nenhum	1,00			
1 a 2 filhos	0,73	0,41	1,31	
3 ou mais filhos	0,81	0,47	1,39	
Possuir renda suficiente para despesas diárias (n=1233)				0,002
Sim	1,00			
Não	1,49	1,16	1,93	
Renda no último mês (em Reais) (n=1262)				0,76
540 ou mais	1,00			
0-540	0,96	0,74	1,25	
Saber ler e escrever (n=1259)				<0,001
Sim	1,00			
Não	2,02	1,56	2,62	
Escolaridade (anos) (n=1245)				<0,001
5 ou mais	1,00			
até 4 anos	1,91	1,38	2,64	
Religião (n=1256)				0,15
Católica	1,00			
Evangélica	1,16	0,91	1,48	
Outra ou nenhuma	0,77	0,49	1,20	
Idoso trabalhar atualmente (n= 1256)				<0,001
Sim	1,00			
Não	3,13	2,11	4,64	
Sair para lugares públicos (n=868)				<0,001
Frequentemente	1,00			
De vez em quando/raramente	1,61	1,10	2,36	
Nunca	2,83	1,93	4,13	
Convidar pessoas para virem à casa (n=867)				<0,001
Frequentemente	1,00			
De vez em quando/raramente	1,22	0,69	2,15	
Nunca	2,65	1,50	4,68	

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; SABE: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

Tabela 7: Características demográficas, econômicas e modo de vida dos idosos do estudo SABE de acordo com a dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), São Paulo, 2010. (N=1263)

Frequência (%)				
Variáveis	Dificuldade nas AIVD		Total	valor de p
	Não (Nenhuma)	Sim (1 ou mais)		
Raça (n=1262)				0,32
Preta	6,20	8,30	7,00	
Parda	30,70	31,40	31,00	
Branca	63,20	60,30	62,00	
Sexo (n=1262)				<0,001
Masculino	47,50	28,60	39,70	
Feminino	52,50	71,40	60,30	
Idade (faixa etária) (n=1262)				<0,001
60 a 69 anos	65,00	39,40	54,40	
70 a 79 anos	28,00	34,00	30,50	
80 e mais anos	7,00	26,50	15,10	
Estado marital (n=1247)				<0,001
Divorciado/viúvo	37,40	47,90	41,70	
Casado	59,90	47,70	54,90	
Solteiro	2,70	4,40	3,40	
Morar sozinho (n=1262)				0,50
Sim	15,00	16,40	15,60	
Não	85,00	83,60	84,40	
Número de filhos vivos em 2010 (n=1242)				0,39
Nenhum	3,70	5,40	4,40	
1 a 2 filhos	37,40	34,90	36,40	
3 ou mais filhos	58,90	59,70	59,20	
Possuir renda suficiente para despesas diárias (n=1233)				0,002
Sim	61,20	50,20	56,70	
Não	38,80	49,80	43,30	
Renda no último mês (em Reais) (n=1262)				0,07
0-540	45,80	39,40	43,20	
540 ou mais	54,20	60,60	56,80	
Saber ler e escrever um recado (n=1259)				<0,001
Sim	93,60	77,00	86,80	
Não	6,40	23,00	13,20	
Escolaridade (anos) (n=1245)				<0,001
5 ou mais	44,50	25,00	36,50	
0 a 4	55,50	75,00	63,50	
Religião (n=1256)				0,006
Católica	62,50	63,80	63,00	
Evangélica	22,30	27,00	24,20	
Outra ou nenhuma	15,30	9,20	12,80	
Idoso trabalhar atualmente (n= 1256)				<0,001
Sim	44,30	16,60	32,80	
Não	55,70	83,40	67,20	
Convidar pessoas para virem à casa (n=868)				<0,001
Frequentemente	49,40	27,30	39,70	
De vez em quando/raramente	35,10	40,20	37,30	
Nunca	15,60	32,40	23,00	
Sair para lugares públicos (n=867)				<0,001
Frequentemente	20,30	8,90	15,30	
De vez em quando/raramente	46,50	31,10	39,80	
Nunca	33,20	59,90	44,90	

Obs: não diferença estatisticamente significativa para as condições pregressas: SABE: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

Tabela 8: Prevalência de fatores demográficos, econômicos e modo de vida dos idosos do estudo SABE, de acordo com a dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), São Paulo, 2010. (N=1262)

Variáveis	Bruta		valor de p
	RP	IC95%	
Raça/ cor da pele (n=1262)			0,24
Branca	1,00		
Preta	1,21	0,97 1,51	
Parda	1,04	0,88 1,23	
Sexo (n=1262)			<0,001
Masculino	1,00		
Feminino	1,64	1,41 1,91	
Faixa etária (anos)(n=1262)			<0,001
60-69	1,00		
70-79	1,54	1,25 1,89	
80 e mais	2,43	2,02 2,92	
Estado marital (n=1247)			<0,001
Casado	1,00		
Divorciado/Separado	0,87	0,63 1,20	
Viúvo	1,47	1,27 1,69	
Solteiro	1,49	1,07 2,06	
Morar sozinho (n=1262)			0,49
Não	1,00		
Sim	1,06	0,89 1,27	
Número de filhos (n=1242)			0,39
Nenhum	1,00		
1 a 2 filhos	0,77	0,54 1,11	
3 ou mais filhos	0,81	0,58 1,14	
Possuir renda suficiente para despesas diárias (n=1233)			0,003
Sim	1,00		
Não	1,30	1,10 1,54	
Renda no último mês (em Reais) (n=1262)			0,07
540 ou mais	1,00		
0-540	0,85	0,72 1,01	
Saber ler e escrever (n=1259)			<0,001
Sim	1,00		
Não	1,96	1,68 2,29	
Escolaridade (anos) (n=1245)			<0,001
5 ou mais	1,00		
até 4 anos	1,72	1,40 2,12	
Religião (n=1256)			0,02
Católica	1,00		
Evangélica	1,10	0,95 1,28	
Outra ou nenhuma	0,71	0,53 0,95	
Idoso trabalhar atualmente (n= 1256)			<0,001
Sim	1,00		
Não	2,46	1,95 3,09	
Sair para lugares públicos (n=868)			<0,001
Frequentemente	1,00		
De vez em quando/raramente	1,56	1,27 1,92	
Nunca	2,05	1,64 2,55	
Convidar pessoas para virem à casa (n=867)			<0,001
Frequentemente	1,00		
De vez em quando/raramente	1,34	0,93 1,92	
Nunca	2,28	1,59 3,27	

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; SABE: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

6.3 MODELOS DE REGRESSÃO

Nas tabelas 9, 10 e 11 seguem os modelos de regressão utilizados para verificar o quanto o critério racial e as demais variáveis explicam o comportamento da variável incapacidade funcional medida a partir dos três desfechos: déficit na mobilidade funcional e dificuldade nas ABVD ou nas AIVD. Para o melhor manejo das medidas de ABVD e AIVD optou-se por categorizá-las em: 0 (nenhuma atividade com dificuldade), 1 (uma atividade com dificuldade) e 2 ou mais (duas ou mais atividades com dificuldade)

Em relação à colinearidade entre saber ler ou escrever e escolaridade realizou-se o teste de Spearman, cujo resultado foi um $\rho=0,26$ e um $p<0,01$, justificando a inclusão dessas duas variáveis nos modelos de regressão.

Nessas tabelas observou-se que ser preto é uma condição fortemente associada à presença de maior déficit na mobilidade funcional (Tabela 9) e de dificuldades em 2 ou mais AIVD (Tabela 11), antes (1,60; 1,28-1,99 IC95% e 1,80; 1,12-2,90 IC95%, respectivamente para o déficit de mobilidade e dificuldade em 2 ou mais AIVD) ou após os ajustes pelas variáveis demográficas, socioeconômicas e modo de vida nos modelos de regressão (déficit de mobilidade: 1,55; 1,25-1,93 IC95% e dificuldade em 2 ou mais AIVD: 2,38; 1,16-4,83 IC95%). Avaliando que as variáveis que ajustaram o modelo são consideradas como distais, segundo a teoria dos modelos hierárquicos e dentro do modelo conceitual apresentado nesta tese, as variáveis incluídas nos modelos foram consideradas como imutáveis ou de difícil modificação (como renda, escolaridade e idade) (Figura 8), não havendo outras variáveis capazes de modificar o comportamento da variável de análise raça/cor nos modelos de regressão realizados e de acordo com as variáveis disponíveis no banco de dados do SABE. Em relação à categoria pardo, após os ajustes das variáveis demográficas, socioeconômicas e modo de vida, essa passou a ter uma RP com associação a ter 2 ou mais ABVD realizadas com dificuldade (1,55; 1,01-2,40 IC95%). Nessa situação, percebeu-se que o conjunto das variáveis independentes incluídas no modelo foram capazes de identificar a pior condição funcional para esse grupo (Tabela 10).

Tabela 9: Razão de prevalência de comprometimento da mobilidade funcional em idosos do estudo SABE, segundo o critério raça/cor da pele, São Paulo, 2010. (n=1263)

Bruta		Ajustada											
Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4		Modelo 5		Modelo 6		Modelo 7	
Preta	Parda	Preta	Parda	Preta	Parda	Preta	Parda	Preta	Parda	Preta	Parda	Preta	Parda
RP	RP	RP	RP	RP	RP	RP	RP	RP	RP	RP	RP	RP	RP
(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)
1,60	0,90	1,69	1,04	1,56	0,97	1,54	0,93	1,48	0,90	1,47	0,88	1,55	0,92
(1,28- 1,99)	(0,73- 1,10)	(1,37- 2,08)	(0,86- 1,25)	(1,25- 1,94)	(0,80- 1,18)	(1,25- 1,90)	(0,78- 1,12)	(1,19- 1,83)	(0,53- 1,09)	(1,19- 1,83)	(0,72- 1,10)	(1,25- 1,93)	(0,75- 1,13)

Observação: A categoria "Branca" serviu de referência (valor= 1)

RP: Razão de Prevalência; SABE: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento;

Modelo 1: valores brutos (não ajustados).

Modelo 2: valores ajustados por sexo, idade e estado conjugal.

Modelo 3: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal e saber ler/escrever.

Modelo 4: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal e escolaridade.

Modelo 5: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever e escolaridade.

Modelo 6: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever, escolaridade e possuir renda suficiente.

Modelo7: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever, escolaridade, possuir renda suficiente e trabalhar atualmente.

Tabela 10: Razão de prevalência de atividades básicas de vida diária (ABVD) realizadas com dificuldade por idosos do estudo SABE, segundo o critério raça/cor da pele, São Paulo, 2010. (n=1263)

Número de ABVD com dificuldade	Bruta				Ajustada									
	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4		Modelo 5		Modelo 6		Modelo 7	
	Preta	Parda	Preta	Parda	Preta	Parda	Preta	Parda	Preta	Parda	Preta	Parda	Preta	Parda
	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
nenhuma (baseline)														
1	1,23 (0,57- 2,66)	0,69 (0,38- 1,22)	1,36 (0,63- 2,98)	0,73 (0,38- 1,38)	1,27 (0,57- 2,86)	0,70 (0,37- 1,31)	1,35 (0,62- 2,94)	0,37 (0,35- 1,30)	1,48 (1,19- 1,83)	0,90 (0,53- 1,09)	1,23 (0,54- 2,73)	0,61 (0,32- 1,17)	1,36 (0,61- 3,04)	0,64 (0,33- 1,23)
2 ou mais	1,26 (0,66- 2,42)	1,35 (0,95- 1,92)	1,38 (0,69- 2,78)	1,82 (1,24- 2,67)	1,21 (0,60- 2,45)	1,60 (1,08- 2,38)	1,26 (0,62- 2,55)	1,50 (1,01- 2,23)	1,48 (1,19- 1,83)	0,90 (0,53- 1,09)	1,06 (0,48- 2,32)	1,54 (1,03- 2,30)	1,25 (0,55- 2,85)	1,55 (1,01- 2,40)

ABVD: Atividades Básicas de Vida Diária; SABE: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento; RP: Razão de Prevalência

Observação: A categoria "Branca" serviu de referência (valor= 1)

Modelo 1: valores brutos (não ajustados).

Modelo 2: valores ajustados por sexo, idade e estado conjugal.

Modelo 3: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal e saber ler/escrever

Modelo 4: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal e escolaridade.

Modelo 5: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever e escolaridade.

Modelo 6: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever e possuir renda suficiente.

Modelo 7: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever, possuir renda suficiente e trabalhar atualmente.

Tabela 11: Razão de prevalência de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) realizadas com dificuldade por idosos do estudo SABE, segundo o critério raça/cor da pele, São Paulo, 2010. (n=1263)

Número de AIVD com dificuldade	Bruta				Ajustada									
	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4		Modelo 5		Modelo 6		Modelo 7	
	Preta RP	Parda RP	Preta RP	Parda RP	Preta RP	Parda RP	Preta RP	Parda RP	Preta RP	Parda RP	Preta RP	Parda RP	Preta RP	Parda RP
	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)	(IC95%)
Nenhuma (baseline)														
1	0,88 (0,47-1,65)	0,93 (0,65-1,34)	1,11 (0,57-2,14)	1,10 (0,74-1,64)	1,00 (0,51-1,94)	1,01 (0,69-1,47)	0,95 (0,48-1,90)	0,98 (0,66-1,48)	0,92 (0,46-1,87)	0,96 (0,65-1,43)	0,99 (0,51-1,93)	0,98 (0,67-1,44)	0,98 (0,49-1,99)	0,99 (0,66-1,50)
2 ou mais	1,80 (1,12-2,90)	1,18 (0,86-1,62)	2,39 (1,34-4,26)	1,61 (1,10-2,35)	1,96 (1,04-3,69)	1,35 (0,92-1,99)	2,03 (1,13-3,63)	1,34 (0,91-1,97)	2,16 (1,02-4,57)	1,25 (0,83-1,89)	1,84 (0,96-3,53)	1,23 (0,84-1,81)	2,38 (1,16-4,88)	1,37 (0,91-2,06)

AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária; SABE: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento; RP: Razão de Prevalência

Observação: A categoria "Branca" serviu de referência (valor= 1)

Modelo 1: valores brutos (não-ajustados).

Modelo 2: valores ajustados por sexo, idade e estado conjugal.

Modelo 3: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal e saber ler/escrever

Modelo 4: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal e escolaridade

Modelo 5: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever e escolaridade.

Modelo 6: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever e possuir renda suficiente.

Modelo 7: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever, escolaridade, possuir renda suficiente e trabalhar atualmente.

Nas tabelas 12, 13 e 14 observou-se que nos modelos de regressão realizados não houve qualquer RP associada estatisticamente com a incapacidade funcional (seja no déficit de mobilidade ou dificuldade nas ABVD ou AIVD), evidenciando que, ao se juntar pretos e pardos em uma mesma categoria (negros), não se observa as RP encontradas nos modelos de regressão ajustados das Tabelas 9, 10 e 11. Na tabela 12, a RP do modelo 2 chegou a apresentar uma associação com o déficit de mobilidade funcional, mas que desapareceu após os ajustes no modelo 7. O mesmo aconteceu para a dificuldade em duas ou mais ABVD ou AIVD (Tabelas 13 e 14, respectivamente), pois ocorreram associações com os desfechos nos modelos intermediários dessas tabelas, mas que desapareceu nos modelos finais. Assim, se considerássemos a categoria negros, não haveria qualquer explicação quanto aos determinantes sociais de saúde e presença de incapacidade funcional, na perspectiva da variável de interesse raça/cor.

Tabela 12: Razão de prevalência de comprometimento da mobilidade funcional em idosos do estudo SABE, segundo o critério raça/cor da pele, São Paulo, 2010.
(n=1263)

Déficit de mobilidade funcional	Bruta		Ajustada							
	Modelo 1		Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4		Modelo 5	Modelo 6		Modelo 7
	Negros		Negros	Negros	Negros		Negros	Negros		Negros
	RP (IC95%)		RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)		RP (IC95%)	RP (IC95%)		RP (IC95%)
	1,02	(0,86-1,22)	1,17 (1,00-1,38)	1,10 (0,93-1,30)	1,07	(0,91-1,24)	1,03 (0,87-1,21)	1,01	(0,85-1,19)	1,06 (0,89-1,25)

Observação: A categoria "Branca" serviu de referência (valor= 1)

RP: Razão de Prevalência; SABE: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

Modelo 1: valores brutos (não-ajustados).

Modelo 2: valores ajustados por sexo, idade e estado conjugal.

Modelo 3: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal e saber ler/escrever

Modelo 4: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal e escolaridade

Modelo 5: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever e escolaridade.

Modelo 6: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever, escolaridade e possuir renda suficiente.

Modelo7: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever, escolaridade, possuir renda suficiente e trabalhar atualmente.

Tabela 13: Razão de prevalência de atividades básicas de vida diária (ABVD) realizadas com dificuldade por idosos do estudo SABE, segundo o critério raça/cor da pele, São Paulo, 2010. (n=1263)

	Bruta			Ajustada			
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6	Modelo 7
	Negros	Negros	Negros	Negros	Negros	Negros	Negros
Número de ABVD realizadas com dificuldade	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
Nenhuma (baseline)							
1 (uma atividade)	0,78 (0,46-1,33)	0,85 (0,47-1,53)	0,81 (0,45-1,44)	0,80 (0,45-1,43)	0,78 (0,43-1,40)	0,73 (0,40-1,32)	0,75 (0,42-1,34)
2 ou mais atividades	1,34 (0,96-1,86)	1,72 (1,20-2,47)	1,51 (1,04-2,19)	1,44 (0,99-2,10)	1,35 (0,92-1,99)	1,35 (0,92-1,99)	1,50 (0,99-2,26)

ABVD: Atividades Básicas de Vida Diária; SABE: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

Observação: A categoria "Branca" serviu de referência (valor= 1)

RP: Razão de Prevalência

Modelo 1: valores brutos (não-ajustados).

Modelo 2: valores ajustados por sexo, idade e estado conjugal.

Modelo 3: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal e saber ler/escrever

Modelo 4: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal e escolaridade

Modelo 5: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever e escolaridade.

Modelo 6: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever e possuir renda suficiente.

Modelo7: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever, possuir renda suficiente e trabalhar atualmente.

Tabela 14: Razão de prevalência de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) realizadas com dificuldade por idosos do estudo SABE, segundo o critério raça/cor da pele, São Paulo, 2010. (n=1263)

	Bruta			Ajustada			
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6	Modelo 7
Número de AIVD realizadas com dificuldade	Negros	Negros	Negros	Negros	Negros	Negros	Negros
	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
Nenhuma (baseline)							
1 (uma atividade)	0,92 (0,66-1,29)	1,10 (0,77-1,58)	1,00 (0,71-1,42)	0,98 (0,68-1,42)	0,94 (0,66-1,35)	0,98 (0,70-1,39)	0,95 (0,66-1,38)
2 ou mais atividades	1,28 (0,95-1,72)	1,75 (1,22-2,52)	1,46 (1,01-2,13)	1,46 (1,01-2,12)	1,32 (0,90-1,93)	1,34 (0,92-1,95)	1,41 (0,93-2,13)

AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária; SABE: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento; RP: Razão de Prevalência

Observação: A categoria "Branca" serviu de referência (valor= 1)

Modelo 1: valores brutos (não-ajustados).

Modelo 2: valores ajustados por sexo, idade e estado conjugal.

Modelo 3: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal e saber ler/escrever

Modelo 4: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal e escolaridade

Modelo 5: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever e escolaridade.

Modelo 6: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever e possuir renda suficiente.

Modelo7: valores ajustados por sexo, idade, estado conjugal, saber ler/escrever, escolaridade, possuir renda suficiente e trabalhar atualmente.

7 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nesta tese comprovaram a existência de desigualdades sociais na cidade de São Paulo, influenciando diretamente as condições de vida e de saúde dos idosos. Mostrou que houve diferenças na prevalência de incapacidades para a realização de 2 ou mais AIVD e no déficit de mobilidade funcional para pretos e na dificuldade em realizar 2 ou mais ABVD para os pardos. Também se verificou que as diferenças não puderam ser explicadas apenas em função das condições demográficas, socioeconômicas e modo de vida dos diferentes grupos raciais, suscitando que a iniquidade e o racismo no campo da saúde estiveram presentes nas desigualdades sistemáticas encontradas nos grupos raciais investigados neste trabalho. Os resultados aqui analisados, confirmaram a hipótese de partida, evidenciando um cenário mais favorável no envelhecimento entre idosos de cor branca em comparação com aqueles de cor parda ou preta, seja no tocante aos indicadores demográficos, socioeconômicos ou modo de vida.

Essa sistematização nas desigualdades presentes entre os grupos de pretos e pardos em relação aos brancos pode reforçar as condições de vida existentes para esses grupos desde a escravidão e o período colonial, já que as desvantagens criadas pela escravidão, pela forma como se deu a abolição,(1) pela ausência de políticas públicas adequadas para dirimir as desigualdades raciais, pelo isolamento social e restrição na estrutura de nossa sociedade(5) ajudam a explicar as diferenças encontradas nos perfis demográficos, socioeconômicos e modos de vida dos grupos raciais de idosos estudados nesta tese.

Verificando-se a distribuição demográfica segundo raça para a população de idosos do município de São Paulo (brancos, 71/%; pardos, 19% e pretos, 6%) (IBGE, 2010), observamos discretas diferenças nas proporções em relação à amostra estudada. Na população de idosos do município, encontramos mais brancos, menos pardos e pretos do que na amostra. Aventamos como explicação para o fato a possibilidade de ter ocorrido um viés de seleção. Os idosos brancos teriam menos chance de serem entrevistados por residirem mais em condomínios que, normalmente, dificultam o acesso de entrevistadores. Em oposição, as pessoas pardas e pretas tiveram mais chance de serem entrevistadas por suas residências se concentrarem em áreas onde o acesso aos entrevistadores, em geral, é mais facilitado. Portanto, teria ocorrido um viés de amostragem por haver sistematicamente mais entrevistas com pardos e pretos em relação a brancos. Entretanto, essa condição não trouxe restrições para as análises estatísticas. Ainda assim, foi notável a proeminência de brancos, principalmente, entre os mais velhos, e uma importante sub-representação de pardos nesse segmento etário. Alguns indicadores demográficos que consideram a raça/cor em suas análises são consistentes com esses achados. No contexto do município de São Paulo, excluindo os indígenas,

indicadores tais como a menor média de idade ao morrer, menor índice de envelhecimento e maior média de anos potenciais de vida perdidos no grupo de pessoas de cor parda (73,74) expressam claramente a menor expectativa de vida neste grupo racial no município paulistano. Em âmbito nacional, Oliveira e colegas 2014, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008,(75) reforçam esses achados, mostrando que entre os brancos a proporção de longevos (com idade igual ou maior de 80 anos) é de 17,1%, enquanto entre os pardos é significativamente menor (13,9%).

Em relação ao sexo, apesar da esperada existência de maior proporção de mulheres em todos os grupos raciais, no de cor preta, observou-se que o excedente de mulheres em relação aos homens foi menor do que nos outros grupos raciais. Esse achado foi consistente com os dados do IBGE que já indicaram, na pirâmide populacional, a mesma tendência, principalmente, nas faixas etárias dos mais velhos.(76)

Considerando o estado marital, foi notável a proporção de idosos pretos solteiros, que chega a ser o triplo da encontrada entre brancos e pardos. A condição de solteiro que, aliada a uma maior proporção deles sem filhos, pode indicar uma situação de vulnerabilidade em relação à rede de apoio social no grupo de idosos pretos. Ao que tudo indica, os piores níveis de apoio social (frequência de contatos, diversidade de contatos e ajudas recebidas e prestadas) são vivenciadas por idosos solteiros e a explicação dessa situação é que os filhos costumam ser figuras essenciais no apoio aos pais em idades avançadas e os solteiros, que são mais prováveis de não terem tido filhos, ficam em situação de desvantagem.(77)

Reforça essa configuração desfavorável para os idosos pretos o seu modo de vida no que diz respeito ao relacionamento social no qual observamos as maiores proporções de idosos que moram sozinhos, que nunca convidam pessoas para virem à casa ou que nunca saem para lugares públicos. Essa vulnerabilidade de idosos pretos, também, foi verificada nos EUA, por Mehta e colaboradores(78), no estudo Health, Aging e Body Composition (Health ABC), em uma coorte de investigação das condições cognitivas de mais de 3000 idosos, no qual 42% eram pretos. O estudo identificou que os idosos pretos, comparados aos brancos, foram os que mais relataram morar sozinhos (36% vs 26%, $p < 0,001$), ter maior necessidade de apoio emocional e que mais autoavaliaram a saúde como ruim (78)

Em contrapartida, no presente estudo, a relevância da religiosidade na velhice, indicada pela alta proporção dos que responderam professar alguma religião, parece apontar a igreja como importante fonte de apoio social informal, ao proporcionar espaços de socialização e de apoio mútuo, tais como grupos de oração, voluntariado, trabalhos caritativos e outras situações que promovem coletividades. Outras análises focalizando a temática específica da religiosidade e envelhecimento no contexto do próprio Estudo SABE reforçam o argumento de que a socialização proporcionada pela igreja pode minimizar a situação de vulnerabilidade dos idosos, principalmente, de cor preta, que reúnem mais características que podem levar a situações vulneráveis. Os autores evidenciam

que a importância atribuída à religião é maior entre os que vivem sós, comparativamente aos que vivem acompanhados e que os idosos relataram que os vínculos de amizade são formados na corporação religiosa.(79)

No tocante à situação econômica, embora a necessidade financeira fosse o motivador preponderante para estar trabalhando, em todos os grupos raciais, a situação dos idosos pretos e pardos foi pior se comparada à de brancos, pois foram eles, proporcionalmente, que mais responderam não possuir renda suficiente para suas despesas diárias e os que mais trabalhavam na época. Contraditoriamente, os idosos pretos foram os que mais relataram o trabalho como forma de manter-se ocupado. Outro aspecto que pode ser analisado em relação à situação econômica seria a escolaridade, cujos piores níveis foram observados entre os pretos e pardos, que apresentaram as maiores proporções quanto a não saber ler/escrever um recado, denotando a condição de analfabetismo, como também os mais baixos valores médios em número de anos de escolarização.

Tanto os resultados relativos à renda quanto os de escolaridade são consistentes, em todo o território nacional, haja vista os achados de Oliveira e colegas 2014. Esses autores evidenciaram 50% de analfabetos entre pretos e pardos, frente à metade dessa proporção entre os brancos, além de 25% dos pretos, quase um terço (27,9%) dos pardos e somente 12,6% dos brancos no menor quintil de renda.

Dessa forma, tanto a situação de ter necessidade de manter-se trabalhando por razões econômicas até idades mais avançadas quanto a de pior nível de escolaridade podem ratificar uma condição que vem há anos sendo considerada como a principal causa das iniquidades em várias áreas, inclusive na área da saúde. Podemos associar a esse contexto que as condições de moradia costumam estar diretamente associadas à renda e à escolaridade das pessoas, o que torna as condições de saúde de idosos pretos e pardos ainda mais preocupante. Outros estudos internacionais também apresentam resultados desfavoráveis em relação à situação econômica para os idosos negros e com repercussões negativas em importantes desfechos de saúde(25,78)

Um ponto que chamou a atenção neste estudo foi que a vida rural durante os primeiros 15 anos de vida e, por no mínimo 5 anos, foi mais presente entre os pardos. Diversos autores têm apontado que essas condições, denominadas “pregressas”,(80) geram desvantagens para os indivíduos que moram em áreas rurais ou em periferias dos grandes centros urbanos onde, supostamente, o uso de serviços de saúde e as condições sanitárias são mais desfavoráveis se comparados às regiões urbanas centrais. Pondera-se, então, se, entre os pardos paulistanos, as condições desfavoráveis vividas na zona rural em época remota poderiam, também, ser determinantes de piores condições de vida mantidas ao longo do tempo na cidade de São Paulo, que por sua vez, tem resultado em menores expectativas de vida nesse grupo racial.

7.1 INCAPACIDADE FUNCIONAL

Os resultados apresentados apontaram para a associação da incapacidade funcional com os determinantes sociais de saúde e também com o racismo e a iniquidade em saúde. Os fatores mais imutáveis, como sexo, idade, escolaridade e renda (considerando que são idosos) foram algumas das variáveis que reforçaram a ideia desta tese, pois não foram fatores capazes de retirar a importância do marcador social raça como explicação das desigualdades raciais observadas entre esses idosos. A partir dos resultados encontrados, os grupos sociais menos favorecidos pareceram sofrer mais com as incapacidades funcionais, seja na mobilidade funcional (que envolveu mais as condições físicas), fosse nas ABVD (que envolveu atividades de autocuidado) ou nas AIVD (que envolve a vida na comunidade). Ser do sexo feminino, ter 80 ou mais anos, estar viúvo, não trabalhar atualmente, nunca fazer atividades sociais, não saber ler ou escrever e ter baixa escolaridade foram condições comuns nos três desfechos de incapacidade funcional observados nas tabelas de contingência. Ser preto (aqui, só para a mobilidade funcional) e não possuir renda suficiente para as despesas diárias (para a dificuldade nas ABVD e AIVD) foram outros determinantes sociais cuja associação com a incapacidade funcional foi observada. Tais variáveis podem apontar para grupos sociais menos favorecidos e cuja situação de vida pode ter sido determinada por eventos ou condições de vida historicamente pré-estabelecidas e com pouca possibilidade de mudança, por possíveis cenários de discriminação (como gênero, classe e idade), por possíveis condições desfavoráveis de moradia e poucas oportunidades de acesso a serviços de saúde ou a setores intersetoriais a ele.(2,5,10)

Notou-se que ter uma renda de, no máximo, R\$540,00 (em 2010) apresentou uma RP menor que um, o que pode configurar como um fator protetor para a presença de déficit de mobilidade funcional. O mesmo fator de baixa ocorrência (proteção) ocorreu em relação à dificuldade na realização das AIVD e não ser católico, evangélico e até não ter religião. Esses aspectos merecem ser analisados com cautela, pois podem refletir situações ainda piores. A associação entre ter pouca renda e menos prevalência de déficit na mobilidade funcional pode se referir àqueles idosos que não conseguiram realizar os testes por motivos de saúde, pois maiores rendas costumam estar sempre associadas a melhores condições de saúde. Já quanto à religião é possível que ter outra religião que não a católica ou evangélica e até mesmo ser ateu pode indicar um grupo social mais privilegiado, pois é frequente que idosos de baixa renda, baixa escolaridade e outros marcadores ruins de saúde sejam praticantes das religiões católicas e evangélicas tanto por afinidades ideológicas como pela distribuição geográfica de seus templos religiosos na cidade de São Paulo.

7.2 CATEGORIA PRETA, PARDA E BRANCA

Um ponto que mereceu o destaque desta tese foi a escolha pela existência de três categorias: preta, parda e branca. Embora houvesse diversos motivos estatísticos e até epidemiológicos para a simplificação desta análise racial, considerou-se muito a complexidade e o caráter de multidimensionalidade nessas três categorias, não fazendo sentido unir e simplificar a análise entre brancos e negros.(30,82). Nem sempre se pode invisibilizar os pardos, tratando-os como pretos e vice-versa. A construção dessas identidades é diferente em diversos momentos históricos. Segundo o pesquisador Rafael Guerreiro Osório, a condição socioeconômica seria um dos únicos aspectos pelos quais a união desses dois grupos ocorreria.(24) O pretos possuem pouquíssima mobilidade social, mesmo nas maiores possibilidades de branqueamento (em teoria, uma pessoa de fenótipo com a pele bem escura pode se declarar ou ser considerada parda, sem grandes constrangimentos), ao passo que os pardos podem se autodeclarar ou serem classificados como brancos, e isso traria algumas vantagens e oportunidades sociais bem maiores que para os pretos. Entendendo que para a ocorrência de algumas doenças ou o agravamento de problemas de saúde como a incapacidade funcional, a presença de determinantes sociais de saúde são fatores de risco importantes, ter a pele mais clara implica em menores oportunidades de discriminação e preconceito e maior acolhimento nos serviços de saúde – uma vez que o SUS já admite que necessita combater o racismo institucional presente na prestação dos seus serviços (82,83) - , tudo isso repercutindo na saúde ou doença das pessoas idosas, principalmente.

Na análise dos dados da presente tese utilizou-se o marcador social raça/cor como o principal para a realização dos modelos de regressão, ultrapassando em importância os marcadores de classe social, renda e escolaridade. Ao se utilizar o modelo conceitual da figura 8, no qual definimos que a raça/cor é a condição fundamental para pretos e pardos experimentarem condições de vida piores se comparados às de brancos, foi possível sugerir fortemente o racismo como uma das causas das desigualdades sistemáticas verificadas nos resultados verificados nesta tese, uma vez que houve a análise de variáveis consideradas distais (84), ou seja, que são capazes de gerar mudanças no estilo de vida e nas condições de saúde. Uma vez que essas mantiveram a diferença entre os grupos raciais, a conclusão é de que há outros fatores maiores e acima dos fatores distais, considerando o modelo hierárquico, que não foram mensurados, mas que explicariam essas diferenças entre as categorias preta, parda e branca. O inovador modelo conceitual foi construído a partir de referenciais históricos brasileiros,(1), de modelos conceituais para o processo de saúde-doença na perspectiva racial e também com o diálogo com especialistas nas temáticas desigualdade social, racismo e saúde da população negra.(11,60)

A categoria pardo pode ser uma condição de mais oportunidades se comparada à categoria de pretos. Historicamente, pardos eram filhos de senhores brancos com mulheres escravizadas.(1) Para manter o status paterno,

muitos pardos foram beneficiados, historicamente, a ponto de serem retratados como brancos e considerados como “pessoas de alma branca”. Tais fatos servem de contextualização da condição, na maioria das vezes, negativas para pardos, pois aqui consideramos que o fenótipo (6) é algo mais visível e que “chega primeiro”. A análise em separado de pretos e pardos nos permitiu afirmar que ser preto é pior que ser pardo no Brasil no que diz respeito às diversas análises para a incapacidade funcional em idosos. Estes achados confirmam as condições de iniquidades em saúde, com piores desfechos para pretos e pardos, verificados em outros estudos nacionais sobre incapacidade funcional e mortalidade.(10,12,85)

7.3 DO MODELO DE REGRESSÃO

Quando se criou apenas duas categorias em relação à raça/cor, praticamente todas as diferenças desaparecem, enviesando o olhar quanto a pretos e pardos que nas Tabelas 9, 10 e 11 puderam ser melhor evidenciados. Em relação à mobilidade, quando a categoria raça divide-se em negra e branca (Tabela 12), observou-se perda da significância para pretos (Tabela 9), atribuindo-se assim que as variáveis socioeconômicas explicavam as diferenças existentes entre pretos, pardos e brancos. Essa comparação reforça a importância quanto o manejo adequado das categorias raciais, pois pode-se evitar a subestimação para categorias sociais como pretos cuja demanda de cuidado em relação à mobilidade funcional desaparece ao se formar a categoria “Negros” para a análise dos dados.

Quando as ABVD foram categorizadas em 3 categorias, observou-se que os pardos tenham tido um $RP > 1,0$. Esta condição ficou escondida quando se formou a categoria “Negros” (Tabela 13). Condição semelhante ocorreu em relação às AIVD (Tabela 14), pois quando raça estava categorizada em 3 categoriais (Tabela 11), notou-se que apenas os pretos mantiveram uma razão de prevalência com significância após os ajustes da Tabela 11 e quando havia 2 ou mais AIVD realizadas com dificuldade.

Ao se analisar a incapacidade funcional dos idosos na perspectiva da variável de interesse raça/cor, entendeu-se que esta variável envolveu aspectos de desigualdades relacionadas à renda, escolaridade, localização geográfica, segmentação ocupacional,(64) além de outras condições como desvantagens e menores oportunidades. Estatisticamente, nos dados apresentados, principalmente aqueles relacionados aos modelos de regressão, a variável raça causou um efeito muito semelhante ao *overfitting* para as variáveis descritas neste parágrafo e que estão presentes no modelo, mas não com a grandeza de importância, de cuidados no manejo e de impacto nos resultados obtidos.

A opção desde o início desta tese em ter a variável raça/cor como de interesse permitiu que outras causas fossem sugeridas, como o racismo. Não incluir a variável raça/cor como controle foi uma estratégia dos pesquisadores

desta pesquisa e que encontra outros pesquisadores que sugerem esta abordagem para determinados estudos quantitativos.(64)

Se a categoria pardos perde a sua significância, isto não é um fato para se estranhar. Ser pardo não é ser igual a ser preto. O pardo tem maior mobilidade na forma de se autodeclarar, bem maior que brancos e pretos. Socialmente pode ser interessante para aquele que se considera pardo se declarar como preto, ora pode ser interessante se declarar como branco. Fatores ideológicos, contextos políticos, benefícios decorrentes de políticas afirmativas são fatores que explicariam isso.

Quando as diferenças entre grupos aparecem de forma sistemática, mesmo que observando fatores (ou variáveis) desorientadores e de controle, pode-se ter maior assertividade em fenômenos não individuais gerando desfechos específicos nas condições de saúde e de doença. Em se tratando das desigualdades raciais em saúde, as variáveis socioeconômicas podem apontar erroneamente para indiferenças entre os grupos, quando não são tratadas adequadamente nos modelos estatísticos. Considerações análogas também podem ser feitas em relação à variável dependente deste estudo, pois algumas ABVD ou AIVD permitiram interpretações e conclusões mais específicas dependendo da forma de categorização que se considerou. Atentar-se para o tamanho amostral e a representatividade de pretos e pardos, principalmente, é outro ponto que pesquisadores precisam observar. Considerando a temática desta tese, é sensato pensar que o racismo, tanto o individual quanto o institucional, e as situações de iniquidades desencadeadas por ele possam ser a resposta. Ao se considerar o racismo, há lógica na explicação dos determinantes sociais de saúde e do modelo teórico hierárquico utilizado neste projeto.

Quando se analisa que trabalhar atualmente ainda é uma condição comum para os negros e, considerando que suas condições de escolaridade e renda são precárias, pode-se entender que esses ainda realizam atividades manuais com baixa remuneração, ainda que estas atividades ocupacionais sejam aquelas em que seus chefes ou patrões precisam de confiança ou de habilidades desenvolvidas ao longo do tempo, como cozinhar, fazer jardinagem, cuidar de crianças e de idosos, além de outros trabalhos manuais. Tal desvalorização de atividades ocupacionais já é observada desde o tempo da escravidão no Brasil. Segundo Schwarcz e Starling, os trabalhos físicos eram considerados humilhantes e carregados de desonra.(1) Daí que, até nos dias de hoje, observamos a desvalorização dos trabalhos braçais, condições frequentes de trabalho dos idosos negros.(2,3) A longo prazo, a condição de vida e de saúde desses trabalhadores não os permitiram usufruir adequadamente de suas aposentadorias (que são insuficientes ou não obtidas pelo regime de trabalho vigente nos dias de hoje) ou do respeito aos descansos necessários em razão da força física e capacidade laboral reduzidas e, na maioria das vezes, mais comprometida pelas quantidades de doenças crônico-degenerativas acumuladas (12) e pelas incapacidades funcionais presentes.

7.4 RACISMO

O racismo é uma justificativa plausível para explicar as diferenças encontradas entre idosos pretos, pardos e brancos. Seja na sua manifestação individual como institucional, o racismo é capaz de manter solidificadas condições historicamente construídas(1,47) e fundamentadas em princípios como a teoria do branqueamento. Os modelos estatísticos realizados nesta tese puderam dar suporte para aventar que o racismo e a presença de iniquidade no campo da saúde precisam ser levados em consideração ao se avaliar a qualidade do acesso e dos resultados obtidos quanto às condições de saúde ou de doenças dos diferentes grupos sociais. O modelo hierárquico se baseou, inicialmente, na elaboração de um modelo conceitual (ver figura 8) que defendeu a tese de que a raça/cor é uma condição que determina a forma de ocorrência de fatos históricos estruturantes, do comportamento das instituições públicas e privadas, da forma como a sociedade se vê e como trata os diversos grupos sociais e, conseqüentemente, na forma de adoecer.(4,30,47) Ser preto ou pardo e ainda velho é uma condição social que torna ainda mais vulnerável esse grupo, uma vez que se carrega toda uma história e bagagem de adversidades, estresses cotidianos, limitações nos acessos a bens e serviços, discriminações percebidas e uma vida socioeconômica precária.

Ter o fenótipo como um elemento desencadeador do racismo individual e institucional é outra condição já documentada há anos na sociedade brasileira.(6,8) Segundo Lilia Schwarcz e Heloísa Starling, o Brasil ainda mantém silenciosa a importante discussão sobre raça e cor, este importante marcador social que, desde os tempos da escravidão e até os dias de hoje, permite aceitar tratamentos desiguais e injustos para pretos, pardos e brancos. “Diante da força policial, não raro os indivíduos assumem um lugar que corriqueiramente optariam por rejeitar.” Esta, segundo as pesquisadoras, configura uma reação já relatada pelo antropólogo Didier Fassin como “memória incorporada”, quando “...antes mesmo de refletir, os corpos lembram...” (1). Possivelmente, ao chegar a um serviço de saúde, idosos pretos e pardos sejam considerados como menos importantes que brancos, considerados como menos zelosos com sua saúde, mais pobres, menos escolarizados e informados e com mais chances “naturais” para adoecer. Esse comportamento racista de muitos profissionais e de instituições públicas e privadas acaba por manter as pessoas negras afastadas desses espaços e sem a possibilidade de se beneficiar dos cuidados disponíveis para sua saúde, principalmente. A naturalização de comportamentos discriminatórios associados à baixa escolaridade, renda e acúmulo de bens materiais faz dos idosos negros um grupo social com maior vulnerabilidade social e chances de mais frequentes de adoecimentos.

Em epidemiologia, costuma-se usar os critérios de associação para explicar os achados estatísticos e também considerar o tipo de delineamento epidemiológico escolhido para uma pesquisa. A condição de vida definida para uma pessoa de acordo com o seu fenótipo não deveria ser a causa para a presença de uma doença ou um agravamento de saúde. Sabe-se que algumas

doenças têm um forte componente genético, entretanto, a escolha pelo desfecho “incapacidade funcional” foi para minimizar esta possibilidade e também por ser um potente e internacionalmente reconhecido indicador de saúde para a população idosa.(28,53,86,87)

No Brasil, existe diferença entre uma pessoa se autodeclarar preta ou parda e uma outra pessoa a definir como preta ou parda. No Brasil, é frequente a tendência de branqueamento quando uma outra pessoa classifica um negro ou negra.(88). Essa situação reforça a condição de que raça não pode ser causa, pois já pode existir a mudança de acordo com o entrevistador ou profissional de saúde que preenche esse quesito nas fichas dos serviços de saúde, alterando as estimativas para pretos e pardos e, com isso, influenciando nos valores reais de taxas ou ocorrência de doenças e agravos de saúde nesses grupos populacionais.

A raça/cor entendida como um indicador social multidimensional tem impacto e é um construto teórico dinâmico que, segundo os achados desta tese e também a partir do levantamento bibliográfico realizado, não permite que essa variável fique na mesma condição de outros indicadores, como renda, escolaridade ou aquelas que mensuram situações de saúde ou de doença.

7.5 INIQUIDADE EM SAÚDE

As iniquidades em saúde na sociedade brasileira são históricas e reforçadas constantemente pelo modo de vida dos diversos grupos sociais, pela cultura presente nas instituições públicas e privadas, pelo racismo individual e institucional, pela manutenção das desigualdades sociais e pelo alcance e eficiência limitados das políticas públicas, inclusive as de saúde. Há uma culpa no Brasil da qual os grupos sociais causadores desta perpetuação de desigualdades sociais ainda não foram cobrados.(1) Espera-se que as políticas, sejam afirmativas ou não, possam atenuar os riscos evitáveis presentes em maior intensidade e quantidade nos idosos negros, ofertando para muitos a oportunidade de envelhecer com dignidade e condições de exercício da cidadania.

A pior condição dos idosos pretos pode refletir o resultado das disputas sociais de poder envolvendo classe, gênero, geração, raça, etnia, trabalho, tipo de trabalho e escolaridade que resultam no acúmulo de desvantagens e falta de ações suficientes em busca da equidade. Tal contexto faz que com as oportunidades, as escolhas e experiências pessoais não sejam apenas frutos de escolhas individuais.

Desde a Constituição de 1988, a condição para o exercício pleno da cidadania esteve garantido. E também é desde o período da escravidão de pessoas escravizadas injustamente no Brasil que negros reivindicam seus direitos.(1) Entretanto, a existência de diversas políticas públicas para diversos grupos sociais aponta para a ratificação de compromissos assumidos pelo Estado. A identificação das desigualdades sistemáticas no envelhecimento

reforça a importância da existência de políticas públicas de saúde tanto para negros quanto para idosos. Este estudo incita para que as políticas de saúde para negros e para idosos comecem uma articulação capaz de contribuir para esse grupo social formado a partir da interseccionalidade raça e idade. Ambas as políticas (Política de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa) poderiam melhorar sua articulação em busca de ações efetivas para a redução dessa iniquidade e todas as formas de discriminação.(82,89)

O uso de marcadores sociais para determinar as interseccionalidades(2,3) presentes nos idosos do Brasil, como idosos pretos e pobres ou idosos brancas e com boa renda, permitirão a criação ou aplicação de políticas específicas para cada um desses grupos, de forma a contribuir para ações de equidade.

7.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É necessário apontarmos a principal limitação do estudo, que reside no fato de ele (Estudo SABE) não ter sido delineado para analisar a variável raça/cor de modo representativo para cada estrato de interesse. Apontamos, anteriormente, o provável viés de seleção que ocorreu durante o desenvolvimento dos trabalhos de campo, ocasionando um possível erro amostral relativo aos grupos raciais. No entanto, o banco de dados reuniu uma grande amostra, representativa para o grupo etário dentre os residentes na cidade, propiciando uma condição bastante favorável para o teste da hipótese delineada neste estudo.

7.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda são poucos os estudos que fazem da raça/cor uma variável de análise diante de um desfecho de saúde.(64) Este estudo pôde evidenciar a condição racial como fator deletério para a saúde das pessoas idosas. Idosos brasileiros podem experimentar preconceitos duplo, triplo ou quádruplo (racial, gênero, social e etário). Algumas das diretrizes da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa tratam do “estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção” e “o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco”.(89) Entendemos que essas diretrizes, se aplicadas integralmente, poderiam reduzir as desigualdades em saúde, respeitando o princípio de equidade, pois seria dado um tratamento diferenciado para idosos mais necessitados e, com isso, tornar justo os acessos aos bens e serviços de saúde disponíveis, não importando sua classe social, raça, etnia ou sexo. Estudos futuros poderão dimensionar e ajudar na criação de estratégias

de eliminação/amenização de fatores modificáveis como escolaridade, renda e curso de doenças.

Iniquidades e o racismo exigem que as políticas de saúde, os gestores e técnicos saibam lidar com justiça para ajudar os grupos sociais de acordo com suas necessidades e riscos. As condições de saúde encontradas neste estudo subsidiam os gestores e técnicos para a criação de intervenções adequadas para a resolução das desigualdades socialmente construídas ao longo do tempo e reforçadas pelo critério etário, sem desrespeitar as diferenças e especificidades do modo de vida e das condições socioeconômicas desses grupos.

8 CONCLUSÃO

As desigualdades encontradas entre as categorias raciais apontaram para situações sistemáticas de desvantagens para idosos pardos e, principalmente, idosos pretos. Além disso, observou-se que essa desvantagem não se resume a diferenças de ordem socioeconômica entre os grupos raciais. Em outras palavras, foram identificadas condições desfavoráveis para os idosos pretos e pardos, apontando para o efeito deletério do racismo. E todo o contexto desta tese apontou para condições de racismo e de iniquidade que, ao longo da vida, geraram uma pior condição de vida para os idosos negros que se iniciou muito cedo, talvez na fase adulta ou ainda na infância, mas que afetou negativamente os comportamentos, condições de saúde e acesso e uso de bens e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Schwarcz LM, Starling HM. Toma lá da cá: o sistema escravocrata e a naturalização da violência no Brasil. In: Brasil: uma biografia. 1a. São Paulo: Companhia das Letras; 2015. p. 694.
2. Hirata H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Soc Rev Sociol da USP*. 2014;26(1):61–73.
3. Zamboni M. Marcadores Sociais da Diferença. *Sociologia: grandes temas do conhecimento (Especial Desigualdades)*. São Paulo; 2014 Aug;1:13–8.
4. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Rev Saúde e Soc*. 2016;25(3):535–49.
5. Guimarães ASA. Formações nacionais de classe e raça. *Tempo Soc Rev Sociol da USP*. 2015;28(2):161–82.
6. Petruccelli JL, Saboia AL. Características étnico-raciais da população: classificações e identidades. In: Características étnico-raciais da população: classificações e identidades. 1a. Rio de Janeiro; 2013. p. 208.
7. Laguardia J. O Uso da Variável “ Raça ” na Pesquisa em Saúde. *Physis Re*. 2004;14(2):197–234.
8. Guimarães ASA. The Brazilian system of racial classification. *Ethn Racial Stud*. 2012;35(7):1157–62.
9. Groisman D. A velhice, entre o normal e o patológico. *História, Ciências, Saude - Manguinhos*. 2002;9(1):61–78.
10. Fiorio NM, Flor LS, Padilha M, Castro DS De, Molina MDCB. Mortalidade por raça/cor: evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES), Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(3):522–30.
11. Williams DR. Racism and health: a research agenda. *Ethn Dis*. 1996;6((1,2)):1–6.
12. Silva A da, Rosa TE da C, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Teixeira DS da C, et al. Iniquidades raciais e envelhecimento : análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev Bras Epidemiol*. 2016;xx(xx):1–14. (no prelo)
13. Carvalho JAM De, Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saude Publica*. 2008;24(3):597–605.
14. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações - Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev Saude Publica [Internet]*. 2009;43(3):548–54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&nrm=iso
15. Parahyba MI, Veras R. Diferenciais sociodemográficos no declínio

funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1257–64.

16. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento : o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127–41.

17. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano : Projeto Epidoso , São Paulo. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):793–8.

18. Rosa TE da C, D'Aquino MHB, Latorre M do RD de O, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saude Publica*. 2003;37(1):40–8.

19. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. The Bambuí Cohort Study of Aging : methodology and health profile of participants at baseline. *Cad Saude Publica*. 2011;27(sup 3):S327–35.

20. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF de, Eulálio M do C, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico , cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras : Estudo FIBRA. *Cad Saude Publica*. 2013;29(4):778–92.

21. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros : um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):745–57.

22. Sociais C de P e I. Indicadores sociais municipais: Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. 1a. Rio de Janeiro; 2011. 149 p.

23. GT-Quesito Cor G de T-Q. Introdução do quesito cor no sistema municipal de informação da saúde. São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR (Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde)). Report No.: 6.

24. Osorio RG. O sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE. IPEA. Brasília; 2003. p. 53.

25. Thorpe RJ, Weiss C, Xue Q-L, Fried L. Transitions among disability levels or death in African American and white older women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009 Jun;64(6):670–4.

26. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77–93.

27. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health*. 2011;32:381–98.

28. Guralnik JM, Kaplan GA. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study. *Am J Public Health*. 1989 Jun;79(6):703–8.

29. (tradução)Gontijo S. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Vol. 1, World Health. Brasília; 2005.

30. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte : causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo , 1999 a 2001. *Rev Saude Publica*. 2004;38(5):630–6.

31. Jaccoud L de B, Beghin N. Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental. 1a. Brasília: Ipea; 2002. 152 p.

32. Seade FSE de A de dados. Maior população negra do país [Internet]. São Paulo; 2005. Available from: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/idr/download/populacao.pdf>
33. Alves LC, Leite I da CL, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil : análise multinível. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):1–11.
34. Crespo CJ, Smit E, Andersen RE, Carter-Pokras O, Ainsworth BE. Race/ethnicity, social class and their relation to physical inactivity during leisure time: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Am J Prev Med*. 2000 Jan;18(1):46–53.
35. Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2012;46(Supl):100–7.
36. Barbosa MI da S. Racismo e Saude_tese Maria Inês. Universidade de São Paulo; 1998.
37. Freeman HP. Poverty, race, racism, and survival. *Ann Epidemiol*. 1993;3(2):145–9.
38. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice) [Internet]. 1 ed. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO Document Production Services; 2010. 79 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf?ua=1&ua=1
39. Aulete FJCV, Santos AL dos. Definição de equidade- Aulete [Internet]. Lexikon Editora Digital. 2015 [cited 2015 Mar 4]. p. 1. Available from: <http://www.aulete.com.br/equidade>
40. Viana AL d'Ávila, Fausto MCR, Lima LD de. Política de saúde e equidade. São Paulo em Perspect [Internet]. Fundação SEADE; 2003 Mar [cited 2015 Mar 4];17(1):58–68. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
41. Macinko JA, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *Int J Equity Heal* [Internet]. 2002;1(1):1–20. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12234390
42. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. 2000.
43. Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N De. Equidade em saúde_ uma análise crítica de conceitos. *Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública* [Internet]. 2009;25 Suppl 2:S217-26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19684929>
44. Batista LE, Monteiro RBM, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: a política de saúde da população negra. *Rev Pan-Americana Saúde*. (no prelo)
45. Cecílio LC de O. As necessidade de saude como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Os sentidos da integralidade na atenção em saúde. Vol. 1. 2001.

46. Paim JS, Silva LMV da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS Bol do Inst Saúde [Internet]. Instituto de Saúde; 2010 [cited 2015 Nov 30];12(2):109–14. Available from: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
47. Werneck J. Racismo Institucional: uma abordagem conceitual. 1 ed. Rio de Janeiro: Geledes; 2013. 55 p.
48. Jones CP. Confronting Institutionalized Racism. *Phylon*. 2002;50(1):7–22.
49. Werneck J. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: Rede/Ascom/Presi/Funasa/MS N de E e M de, editor. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade2. 2005.
50. Al Snih S, Kaushik V, Eschbach K, Markides K. Ethnic differences in physical performance in older Americans: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (1988-1994). *Aging Clin Exp Res*. 2008 Apr;20(2):139–44.
51. Santos GA dos, Lopes A, Neri AL. Capítulo 4 - Escolaridade, raça e etnia: elementos de exclusão social de idosos. In: Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. 1a. São Paulo: Edições SESC São Paulo; 2007. p. 288.
52. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in Development of the Index of ADL. *Gerontologist* [Internet]. Oxford University Press; 1970 Mar 1 [cited 2017 Mar 1];10(1 Part 1):20–30. Available from: https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/10.1_Part_1.20
53. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179–86.
54. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social , individual e programática em idosos da comunidade : dados do estudo FIBRA , Campinas , SP , Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2129–39.
55. Nakano MM. Versão brasileira da Short Physical Performance Battery - SPPB: adaptação cultural e estudo da confiabilidade. Universidade Estadual de Campinas; 2007.
56. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HDA, Motta LB Da, Lima KC De. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2013;16(2):385–92.
57. Trujillo AJ, Vernon J a, Wong LR, Angeles G. Race and health disparities among seniors in urban areas in Brazil. *J Aging Health*. 2009 Feb;21(1):3–37.
58. Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Lima FD de. Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living : an analysis in the municipality of São Paulo , Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(4):879–86.
59. Neri AL. Capítulo 2 - Atitudes e preconceitos em relação à velhice. In: Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. 1a. São Paulo: Edições SESC São Paulo; 2007. p. 288.

60. Williams DR, Priest N. Racismo e Saúde : um corpus crescente de evidência internacional. *Sociologias*. Porto Alegre; 2015;17(40):124–74.
61. Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2012;22(3):895–918.
62. Venturi G, Bokany V. Capítulo 1- A velhice no Brasil - contrastes entre o vivido e o imaginado. In: *Idosos - no Brasil - vivências, desafios e expectativas na terceira idades*. 1a. São Paulo: Edições SESC São Paulo; 2007. p. 288.
63. Silva A, Faleiros HH, Shimizy WAL, Nogueira L de M, Nhãn LL, Silva BMF, et al. Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2181–90.
64. Muniz JO. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. *Rev Sociol e Política*. 2010;18(36):277–91.
65. Piscitelli A. Gênero: a história de um conceito. In: *Diferenças, igualdade*. São Paulo: Berlendis & Vertecchia Editores; 2009. p. 1–19.
66. Lebrão ML, Duarte YA de O. SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. 1st ed. Brasília: Athallaia Gráfica Ltda.; 2003. 255p. : il.
67. Varga I van D. “Racialização” das Políticas de Saude? (nota sobre as políticas de saúde para as populações negra e indígena). *Saúde e Soc*. 2007;16(2):178–81.
68. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(2):279–84.
69. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO da, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007 Aug [cited 2015 Mar 4];23(8):1924–30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
70. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad Saude Publica* [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2013 Jun [cited 2015 Feb 24];29(6):1217–29. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
71. Fiorio NM, Flor LS, Padilha M, Castro DS De. Mortalidade por raça / cor : evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES), Brasil Mortality by race / color : evidence of social inequalities in Vitória (ES), Brazil. 2011;14(3):522–30.
72. Silva PBG e, Cury CRJ, Ângelo FNP de, Ancona-Lopez M. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana [Internet]. Brasília; 2004. p. 1–21. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/003.pdf>
73. Galleguillos T, Neves H, Lira M, Nazário C, Castro I, Freitas M, et al.

Aspectos da questão étnico-racial e saúde no Município de São Paulo - Boletim CEInfo [Internet]. São Paulo; 2015. (no 12). Report No.: Ano X. Available from: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_12.pdf

74. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Censo 2000. 2000 [cited 2013 Oct 14]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/>

75. Oliveira BLCA de, Thomaz EBAF, Silva RA da. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). Cad Saude Publica. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2014 Jul;30(7):1438–52.

76. IBGE IBDGEE-I. Síntese de Indicadores Sociais - Uma análise das condições de vida. 2013;266. Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2013/SIS_2013.pdf

77. Rosa TE da C, Benício MHD, Alves MCGP, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007 Dec;23(12):2982–92.

78. Mehta KM, Simonsick ÅEM, Rooks R, Newman AB, Pope SK, Rubin SM, et al. Black and White Differences in Cognitive Function Test Scores : What Explains the Difference ? J Am Geriatr Soc. 2004;52(12):2120–7.

79. Duarte YA de O, Lebrão ML, Tuono VL, Laurenti R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. Saúde Coletiva. 2008;5(24):173–7.

80. Nuru-Jeter AM, Thorpe RJ, Fuller-Thomson E. Black-white differences in self-reported disability outcomes in the U.S.: early childhood to older adulthood. Public Health Rep. 2011;126(6):834–43.

81. Muniz JO. Preto no branco?: mensuração, relevância e concordância classificatória no país da incerteza racial. Dados. 2012;55(1):251–82.

82. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Plano Operativo. Brasília; 2008.

83. Kalckmann S, Santos CG dos, Batista LE, Cruz VM. Racismo Institucional : um desafio para a equidade no SUS ? Saúde e Soc. 2007;6(2):146–55.

84. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. Int J Epidemiol [Internet]. 1997 Feb 1;26(1):224–7. Available from: <http://www.ije.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/ije/26.1.224>

85. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. Rev Saude Publica. 2004;38(5):630–6.

86. Blay SL, Ramos LR, Mari JDJ. Validity of a Brazilian version of the Older Americans Resources and Services (OARS) mental health screening

questionnaire. J Am Geriatr Soc. 1988;36(8):687–92.

87. Aparecida M, Rodrigues P, Facchini LA. Gender and incidence of functional disability in the elderly : a systematic review Gênero e incidência de incapacidade funcional em idosos : revisão sistemática. Cad Saúde Pública, Rio Janeiro. 2009;25 SUP 3:464–76.

88. Bastos JL, Peres MA, Peres KG, Dumith SC, Gigante DP. Diferenças socioeconômicas entre autotclassificação e heteroclassificação de cor/raça. Rev Saude Publica. 2008;42(2):324–34.

89. PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FSP/USP - COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefones: (55-11) 3066 7742 - fax (55-11) 3064 7314

Of.COEP/67/99

24 de maio de 1999

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa, **aprovou**, em sua 3.ª/99, Sessão Ordinária, de 19.05.99, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Projeto de Pesquisa "AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS NA AMÉRICA DO SUL E CARIBE", apresentado pelo pesquisador Ruy Laurenti, devendo ser remetido à CONEP conforme as normas da Resolução 196/96.

Atenciosamente,

Prof.Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/23/10

5 de março de 2010.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2044**, intitulado **"ESTUDO SABE 2010: SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO - ESTUDO LONGITUDINAL SOBRE AS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Maria Lucia Lebrão**, e considerou que a pendência anteriormente apresentada por este COEP foi atendida. Protocolo de pesquisa **APROVADO "AD-REFERENDUM"**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter** sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Claudio Leone
Professor Titular

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.º Sr.º
Prof.ª Tit. Maria Lucia Lebrão
Departamento de Epidemiologia da FSP/USP